

SOLICITUD DE BENEFICIOS EXTRAORDINARIOS



Completado por	Apellido	Inicial	Nombre	
Fecha	DD / MM / AA	Fecha de recepción	DD / MM / AA	Número de caso
Nombre del asegurado				
Número de póliza	País de residencia			
Deducible anual	Deducible alcanzado			
Producto	Código del agente			
Solicitado por			<input type="checkbox"/> Asegurado <input type="checkbox"/> Agente	
Nombre del agente general	Código			
Número de reclamación (si corresponde)				
Últimos 5 años de prima	Reclamaciones de póliza pagadas (todas)			
Fecha efectiva/Fecha de inicio de la cobertura				
Cantidad solicitada en US\$				
Razón del rechazo (por favor, marque todas las que correspondan)				
<input type="checkbox"/> UCR <input type="checkbox"/> Reclamación presentada después de 180 días <input type="checkbox"/> Exclusión general <input type="checkbox"/> Exclusión de la póliza individual				
<input type="checkbox"/> Condición de la póliza <input type="checkbox"/> Fuera de la red de proveedores				
<input type="checkbox"/> Otra: <input type="text"/>				
Información o comentarios adicionales				
Fecha de revisión	DD / MM / AA	Firma		
Decisión				