

Este Formulario de Reclamos solo debe ser utilizado si el proveedor no envió previamente una solicitud de reembolso directamente a VUMI® Group y sus subsidiarias o afiliadas en su nombre. Envíe este formulario junto con las facturas o recibos con los montos desglosados, diagnósticos y prescripciones médicas a la dirección indicada abajo.

**Requisitos del Formulario de Reclamos:**

- Complete este formulario y envíelo junto con toda la información correspondiente dentro de los 180 días a partir de la primera fecha de servicio. Si la información no es recibida en el tiempo establecido, el reclamo no será cubierto.
- Presente un formulario de reclamos por evento y por miembro de la familia.
- Adjunte las facturas que detallen los servicios recibidos, junto con los comprobantes de pagos de los gastos incurridos.
- Todos los servicios prestados dentro de los Estados Unidos deben ir acompañados del formulario Release of Information Form para obtener información médica del proveedor de ser necesario.

**Envíe este Formulario de Reclamos con facturas y/o recibos a:**

- Para pólizas individuales: [vumiclaims@vumigroup.com](mailto:vumiclaims@vumigroup.com).
- Para pólizas de grupo: [vumigroupsclaims@vumigroup.com](mailto:vumigroupsclaims@vumigroup.com).

**Sección I. Información del reclamante**

1. Nombre completo del reclamante:  2. Fecha de nacimiento:

3. Nombre completo del titular de la póliza:  4. Número de póliza:  5. Correo electrónico:

**Sección II. Información del reclamo**

1. Diagnóstico:

2. Síntomas principales:  3. Fecha de los primeros síntomas:

4. Tratamiento o procedimiento previsto y pronóstico:

5. ¿Existe un diagnóstico y/o tratamiento previo para la misma u otra condición relacionada?   6. Fecha de la primera consulta:

7. Si la respuesta es "Sí", indique fechas, resultados, tipo de tratamiento, medicamentos prescritos y nombre del médico y/u hospital:

**¿TIENE EL PACIENTE COBERTURA DE:**  **¿FUE LA ENFERMEDAD O LESIÓN, DE CUALQUIER FORMA, RESULTADO DE:**

8. Otro plan de seguro de salud   10. La profesión del paciente?

11. Un accidente de cualquier tipo?    
*(en caso de un accidente automovilístico, incluir el informe policial)*

9. Si la respuesta es Sí, indique el nombre y la dirección de la otra aseguradora:  12. Si la respuesta es Sí, indique detalles incluyendo la fecha del accidente:

**INFORMACIÓN DEL MÉDICO / HOSPITAL:**

1. Nombre del médico / departamento / proveedor:  2. Número de teléfono:

3. Dirección:  4. Número de teléfono alternativo:

5. Firma del médico:  6. Correo electrónico:  7. Sello del médico o proveedor:

Si la sección de información del médico es completada, firmada y sellada por el médico tratante, este formulario será válido como un informe médico.

