

# SOLICITUD DE BENEFICIOS EXTRAORDINARIOS



Completado por	Apellido	Inicial	Nombre
Fecha	Fecha de recepción	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: _____			
Información o comentarios adicionales			
Fecha de revisión	Firma		
Decisión			

**ENVIAR**