



ESTADO LIBRE ASOCIADO DE PUERTO RICO
OFICINA DEL COMISIONADO DE SEGUROS
REQUERIMIENTO DE INFORMACIÓN ESPECIAL
COBRO ADICIONAL DE PROVEEDORES
1 DE ENERO 2014 A 31 DE OCTUBRE DE 2015

NOMBRE DE COMPAÑÍA _____

Número de Contrato	Fecha de Queja, Notificación o Información ¹ dd/mm/yyyy	Medio Utilizado ²	Breve descripción de la información provista por el asegurado/suscriptor u otra persona	Nombre del Proveedor ³	Especialidad del Proveedor	Disposición ⁴	Fecha de Disposición dd/mm/yyyy

¹ Fecha en que su asegurador u organización advino en conocimiento de una situación con respecto al cobro de una cantidad de dinero adicional al coaseguro o copago contratado por el asegurado/suscriptor

² Manera en que fue recibida la información, entendiéndose querrela formal, por escrito, llamada telefónica, correo electrónico o cualquier otro medio.

³ Nombre del Proveedor contratado por su asegurador u organización relacionado a la queja, notificación o información

⁴ Acción tomada por su asegurador u organización con respecto a la queja, notificación o información recibida, entendiéndose, cómo se atendió la situación.