



COMISIONADO DE SEGUROS DE PR  
OFICINA DE LIQUIDACIONES  
PO BOX 270149, SAN JUAN, P.R. 00928-2949  
Tel. 787-998-4511 / 787-641-1500

FORMULARIO DE RECLAMACIONES PARA PROVEEDORES

Este formulario deberá radicarse en persona o por correo en la Oficina de Liquidaciones del Comisionado de Seguros de Puerto Rico, ubicada en Buchanan Office Center 40 Carr 165 Ste 408 Guaynabo, PR 00968-8045 o al PO Box 270149 San Juan, PR 00928-2949, **EN O ANTES DEL 19 DE DICIEMBRE DE 2016**. Todos los reclamantes de **Health Medicare Ultra Inc.** suministrarán la información solicitada en todos los blancos, favor no utilizar abreviaciones. En aquellos casos que el reclamante comparezca a través de un representante se deberá acompañar evidencia que así lo demuestre. **TODOS FORMULARIOS QUE NO ESTE DEBIDAMENTE COMPLETADO Y JURAMENTADO SE DEVOLVERÁN.**

1. Nombre del Reclamante: \_\_\_\_\_
2. Dirección Postal : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
3. Núm. de Proveedor : \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_
4. Seg. Soc. Patronal : \_\_\_\_\_ Núm. de NPI \_\_\_\_\_
5. Importe Reclamado : \$ \_\_\_\_\_
6. Indique la fecha del período reclamado: \_\_\_\_\_

Adjunte a este formulario evidencia de la deuda (facturas en original).

**CERTIFICO QUE LA SUMA RECLAMADA ES CORRECTA, CIERTA, LEGÍTIMAMENTE ADEUDADA Y QUE NO EXISTE COMPENSACIÓN, RECONVENCIÓN O DEFENSA EN ESTA RECLAMACIÓN.**

En \_\_\_\_\_ Puerto Rico, hoy \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
Firma del Reclamante

AFFIDAVIT NÚM. \_\_\_\_\_

JURADO Y SUSCRITO ANTE MÍ, por \_\_\_\_\_, mayor de edad, vecino de \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_, a quien doy fe de conocer personalmente o haber identificado mediante \_\_\_\_\_, en \_\_\_\_\_ Puerto Rico, hoy \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
Firma del Notario Público

SELLO DEL NOTARIO