

## FORMULARIO DE RECLAMACIÓN

Nombre del titular de la póliza: \_\_\_\_\_ Número de teléfono preferido: \_\_\_\_\_

Nombre de su mascota (favor de completar un formulario por mascota): \_\_\_\_\_

Número de su póliza (si lo sabe): \_\_\_\_\_

**Razón del tratamiento** - Si no está seguro, comuníquese con su hospital para pedir más información

Nombre del hospital: \_\_\_\_\_ Veterinario encargado del tratamiento: \_\_\_\_\_

**Enfermedad o lesión:** \_\_\_\_\_

¿Ha presentado anteriormente una reclamación por esta afección?

Si la respuesta es sí, número de reclamación: \_\_\_\_\_  Si la respuesta es no, fecha de los primeros signos: \_\_\_\_\_  
Si se sabe MM / DD / AA

**Enfermedad o lesión 2 (si corresponde):** \_\_\_\_\_

¿Ha presentado anteriormente una reclamación por esta afección?

Si la respuesta es sí, número de reclamación: \_\_\_\_\_  Si la respuesta es no, fecha de los primeros signos: \_\_\_\_\_  
Si se sabe MM / DD / AA

|  |  |
|--|--|
| <p><input type="radio"/> <b>He pagado totalmente mi factura.</b><br/>                 Reembolso por el método de pago seleccionado por mí.<br/>                 Llame al 855.266.2151 para establecer el depósito directo.</p> | <p><input type="radio"/> <b>No he pagado mi factura.</b><br/>                 Reembolso por el método de pago seleccionado por el hospital.<br/>                 Pregunte a su veterinario si aceptará un pago directo de Trupanion.<br/>                 Ellos pueden comunicarse con nosotros para establecerlo.</p> |
| <p><b>Tenga en cuenta: Si deja esta sección sin marcar se le hará el pago a usted, el tenedor de la póliza.</b></p>  |  |

**Información de su mascota** - Rellene solo si no lo ha hecho anteriormente o si la información ha cambiado

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Fecha de adopción: \_\_\_\_\_ Esterilizado:  No  Sí Fecha: \_\_\_\_\_  
MM / DD / AA MM / DD / AA MM / DD / AA

¿Está o estaba su mascota asegurada con cualquier otro proveedor de seguros?  Sí  No

Si la respuesta es sí, nombre del proveedor: \_\_\_\_\_ Fecha de cancelación: \_\_\_\_\_   La póliza aún está vigente  
MM / DD / AA

Liste todos los hospitales a los que haya llevado a su mascota:

Nombre: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_

*La presentación de este formulario de reclamación autoriza a todos los veterinarios que han proporcionado tratamiento a su mascota a que nos proporcionen una copia de los expedientes médicos de su mascota, y confirma que toda la información proporcionada es verídica y correcta a su mejor saber y entender.*

**Presente este formulario relleno y la factura del hospital por medio de uno de los siguientes métodos:**

Reclamaciones pagadas a usted:





**Claims@Trupanion.com**
**866.405.4536**

Reclamaciones pagadas al veterinario:





**VetDirectPay@Trupanion.com**
**866.729.2915**

Para evitar demoras, todas las reclamaciones presentadas deben incluir un formulario de reclamación totalmente relleno y la factura o facturas detalladas con todas las descripciones del tratamiento y las cantidades de los cargos claramente visibles.

Para su protección, las leyes de seguros requieren que el siguiente texto aparezca en este formulario: Cualquier persona que a sabiendas presente una reclamación falsa o fraudulenta para el pago de una pérdida, es culpable de un delito y puede quedar sujeto a multas y a confinamiento en una prisión.

Trupanion es una marca comercial registrada propiedad de Trupanion Inc. Asegurado en Canadá por Omega General Insurance Company y en Estados Unidos por American Pet Insurance Company, 6100-4th Ave S, Seattle, WA 98108. Visite [AmericanPetInsurance.com](http://AmericanPetInsurance.com) para revisar todos los productos de seguro médico para mascotas disponibles.