

Formulario de reclamo de la póliza de regalo



24PetWatch

PLANES DE SEGUROS PARA MASCOTAS

Suscritos por Praetorian Insurance Company, NY

INSTRUCTIONS/Instrucciones: Please complete ALL sections on this form and submit with your paid itemized invoice and pet's medical history. Only one claim form per pet. A complete veterinary medical history (records) from both current and previous veterinary clinics is required to process your pet's first claim. Follow the Claims Checklist to avoid delays in processing. Por favor complete TODAS las secciones en este formulario y preséntelo con todos los recibos debidamente detallados y pagados en su totalidad junto con la historia médica de la mascota. Solo un formulario de reclamo por mascota. Se requiere un historial médico completo (Historial clínico) de la clínica más reciente y las anteriores a esta también para el proceso del primer reclamo de su mascota. Siga la lista de verificación para evitar retrasos en el proceso.

Claims Checklist / Lista de verificación del reclamo

- Complete Section 1 About You and Your Pet / Complete la Sección 1 A cerca de Usted y Su mascota
 - Include your Policy Number / Incluya el número de su póliza
 - Include your Contact Information / Incluya su información de contacto
 - Review your Policy Documents and Terms and Conditions to see if coverage is available for the current medical condition you are claiming for / Revise los documentos de su póliza y los términos y condiciones para asegurarse que hay cobertura disponible para la condición médica por la cual usted está haciendo un reclamo
 - Have the treating veterinarian complete Sections 2 and 3 / El veterinario que dio tratamiento a su mascota deberá completar las secciones 2 y 3
 - Sign your claim form in the Declarations Section (Section 3) / Firme el formulario de reclamo en la Sección de Declaraciones (Sección 3)
 - Attach detailed paid invoices for condition(s) you are claiming for / Adjunte los recibos detallados y pagados en su totalidad para la condición(es) por la cual usted está haciendo un reclamo
- *Missing information, signatures, or required supporting documents will result in delays in processing your claim / La falta de información, firmas u otros documentos de soporte requeridos, podrá retrasar el proceso de su reclamo

Medical Records Include / El historial clínico incluye:

- Detailed examination or SOAP notes / Examinaciones detalladas o notas medicas
 - Lab/pathology/radiology reports / Informes de laboratorio/Patología/ Radiología
 - Medical reports from referral or emergency hospitals / Historial médico de la clínica veterinaria de emergencia u hospital de donde ha sido referido
- Transaction histories and invoices are not accepted / Historial de transacciones y recibos no son aceptados

Invoices Must Be / Los recibos deben ser:

- Detailed and Itemized indicating the cost and treatment / Detallados y específicos indicando el costo y el tratamiento
- Paid, unless reimbursement is to be made and agreed to by the veterinarian / Pagados en su totalidad, a menos que se haya establecido un acuerdo de reembolso con el veterinario. Account Summaries are not accepted / Resúmenes de cuenta no son aceptados

SECTION 1A: Your Pet's Information / Sección 1A: La información de su mascota

Policy Number / Numero de póliza:

Pet Name / Nombre de la mascota:

Species / Especie: Dog / Perro Cat / Gato

Breed / Raza:

Age / Edad:

SECTION 1B: Your Information / Sección 1B: Su información

Your Name / Su nombre:

Mailing Address / Dirección:

Email Address / Correo electrónico:

Home Number / Número telefónico:

Cell Number / Número celular:

- Check here if there has been a change to your address or phone number / Señale aquí si su dirección de correo o número telefónico han cambiado.

SUBMIT A CLAIM / PRESENTAR UN RECLAMO

Email / Correo electrónico: medicals@pethealthinc.com Fax: 1.866.369.7387

Continue to Page / Continuar a la página 2



SECTION 2: About Your Claim / Sección 2: Acerca de su reclamo

To be completed by the treating licensed Veterinarian / Debe ser completado por el veterinario con licencia el cual dio tratamiento a la mascota.

Please indicate the named accident or illness which was diagnosed and treated / Por favor indique el nombre del accidente o enfermedad que fue diagnosticado y tratado (Coverage is available for these conditions only / (La cobertura está disponible para estas condiciones solamente):

*Information pertaining to any and all illnesses and accidents incurred by the pet must be completed in English by the veterinarian
La Información médica con respecto a las enfermedades o accidentes sufridos por la mascota, debe ser completada en inglés por el Veterinario correspondiente

- Foreign Body Ingestion Removal by Endoscopy or Laparotomy / Extracción de un cuerpo extraño ingerido por medio de endoscopia o laparotomía
- Upper Respiratory Tract Infection / Infección del tracto respiratorio superior
- Urinary Tract Infection (including FLUTD) / Infección del tracto urinario (incluye FLUITD) enfermedad de las vías urinarias.
- Defined Poison Ingestion (specify) / Ingestión de veneno definido: _____
- Intestinal Parasites (specify) / Parásitos Intestinales (especificar): _____
- Eye Illness (specify) / Enfermedades oculares (especificar): _____
- Motor Vehicle Accident / Accidente causado por un vehículo
- Heartworm Disease / Parásitos del corazón/ dirofilariasis
- Ear Illness (specify) / Enfermedades de los oídos (especificar): _____
- Mange/Mites/Ringworm / Sarna/ácaros/Tiña
- Parvovirus/Feline Panleukopenia / Parvovirus/ Panleucopenia Felina
- Flea Allergy Dermatitis / Dermatitis alérgica por pulgas
- Tick Borne Diseases / Enfermedad transmitida por garrapatas
- Insect Bites/Stings / Mordeduras/Picaduras de insectos
- Lacerations / Cortaduras/Heridas
- Bone Fractures / Fracturas de los huesos

Date accident occurred or symptoms of illness were first noted / La fecha en que el accidente ocurrió o los síntomas de la enfermedad cuando fueron notados por primera vez: _____

MM | DD | YY

Comments / Comentarios:



SECTION 3: Declarations / Sección 3: Declaraciones

Policyholder Declaration / Declaración del asegurado

I declare that my veterinarian recommended the treatment for which I am claiming. The veterinary clinic has completed section 2 and the particulars given are correct to the best of my knowledge and belief. I agree that my veterinarian may provide information that the company may require to verify a claim. I understand that any misrepresentation or omission of any material fact can result in denial of the claim. / Declaro que mi veterinario recomendó el tratamiento por el cual estoy haciendo un reclamo. La clínica veterinaria ha completado la sección 2 y los datos son correctos según mi leal saber y entender. Estoy de acuerdo que mi veterinario proporcione información que la compañía pueda requerir para verificar un reclamo. Comprendo que cualquier tergiversación o información falsa u omisión de cualquier hecho material, puede resultar en la negación del reclamo y confirmo mi entendimiento de la advertencia de fraude aplicable a continuación.

Signature of Policyholder / Firma del Asegurado

Date / Fecha: _____
MM DD YY

Veterinarian Declaration / Declaración del veterinario

I declare that diagnosis and particulars given in Section 2 in regards to the treatment of this pet are correct to the best of my knowledge and belief. I agree to provide information that the company may require to verify a claim. I understand that any misrepresentation or omission of any material fact can result in denial of the claim. / Declaro que mi veterinario recomendó el tratamiento por el cual estoy haciendo un reclamo. La clínica veterinaria ha completado la Sección 2 y los datos son correctos según mi leal saber y entender. Estoy de acuerdo en proveer información que la compañía pueda requerir para verificar un reclamo. Comprendo que cualquier tergiversación o información falsa u omisión de cualquier hecho material, puede resultar en la negación del reclamo.

Signature of Veterinarian / Firma del Veterinario

Print Veterinarian Name / Nombre del veterinario:

Date / Fecha: _____
MM DD YY

Please submit completed claims by / Por favor presente el reclamo completado por:

Mail / Correo Postal P.O. Box 2150, Buffalo, NY 14240-2150

Email / Correo electrónico medicals@pethealthinc.com

Fax 1.866.369.7387

Questions / Preguntas: Call our Customer Care Unit at / Llame a nuestro centro de atención al cliente al 1.877.291.1524

CLINIC STAMP / Sello de la Clínica

Aplicable en Alaska

Cualquier persona quien con conocimiento y con la intención de perjudicar, defraudar, Deludir o engañar a cualquier compañía de seguros, expida una declaración de reclamo conteniendo hechos materiales falsos, incompletos e oculte con el propósito de engañar puede ser acusado bajo la ley estatal.

Aplicable en el District of Columbia

ADVERTENCIA: Es un crimen presentar o proporcionar información falsa o engañosa a una compañía de seguros con el propósito de cometer fraude contra una aseguradora o cualquier otra persona. Las penalidades incluyen, encarcelamiento y/o multas. En adición, la aseguradora puede denegar los beneficios del seguro si, información falsa de hechos materiales relacionados con el reclamo ha sido proporcionada o presentada por el asegurado a la aseguradora.

Aplicable en Alabama, Arkansas, Louisiana, Maryland, Rhode Island, Texas, Utah, and West Virginia

Cualquier persona quien con conocimiento presente un reclamo falso o fraudulento con el propósito de recibir pago de pérdidas o beneficios a cambio, u con conocimiento presenta información falsa en una aplicación de seguros, es culpable de un crimen y comete un acto fraudulento. Este puede estar sujeto a multas y encarcelamiento en prisión.

Aplicable en Arizona Para su protección, las leyes de Arizona requieren que la siguiente declaración aparezca en este formulario.

Cualquier persona que intencionadamente presente un reclamo que es falso para recibir un pago por una pérdida, estará sujeto a sanciones civiles y criminales.

Aplicable en Kentucky, Michigan, New Jersey, New Mexico and Pennsylvania.

Cualquier persona quien tenga el conocimiento o tiene la intención de defraudar a cualquier compañía de seguros o a alguna otra persona, que expida una declaración de reclamo conteniendo hechos materiales falsos e oculta con el propósito de engañar información con respecto a ese o cualquier hecho, comete un acto fraudulento de seguros que es un crimen en DC, LA, ME, TN y VA. Los beneficios del seguro pueden ser negados.

Aplicable en California Para su protección, las leyes de California requieren que las siguientes declaraciones aparezcan en este formulario:

Cualquier persona quien con conocimiento presente un reclamo falso o fraudulento para el pago de una pérdida, es culpable de un crimen y puede estar sujeto a multas y encierro en la prisión del estado.

Aplicable en Colorado

Es ilegal proporcionar hechos falsos, incompletos, engañosos o información falsa a una compañía de seguros con el propósito con la intención de defraudar a la compañía. Las sanciones pueden incluir el encarcelamiento, multas, negación del seguro y daños civiles. Cualquier compañía de seguros o agente de una compañía de seguros que con conocimiento proporciona hechos falsos, incompletos o hechos engañosos o información a un asegurado o reclamante con un propósito fraudulento o con la intención de defraudar al asegurado o reclamante con respecto a un acuerdo o indemnización pagadero proveniente de procedimientos de seguros debe ser reportado a la división de seguros de Colorado en el Departamento de y Agencias regulatorias.

Aplicable en Delaware, Florida e Idaho

Cualquier persona quien con conocimiento y con la intención de perjudicar, defraudar, deludir o engañar a cualquier compañía de seguros, expida una declaración de reclamo conteniendo hechos materiales falsos e oculte con el propósito de engañar es culpable de un delito. *En Florida- Delito de tercer grado.

Aplicable en Hawaii

Para su protección, las leyes de Hawaii requieren que usted esté informado que al presentar un reclamo fraudulento para pago por una pérdida o beneficio es un crimen que será sancionado por medio de multas o encarcelamiento, o ambos.

Aplicable en Indiana

Una persona quien con conocimiento y con la intención de defraudar a un asegurador expidiendo declaraciones que contengan cualquier información falsa, incompleta o engañosa, comete un delito.

Aplicable en Minnesota

Una persona quien registra un reclamo con la intención de defraudar o ayuda a cometer un fraude contra un asegurador es culpable de un crimen.

Aplicable en Nevada

Conforme al NRS 686 A.291, cualquier persona quién con conocimiento e intencionalmente registra una declaración de un reclamo que contiene cualquier información falsa, incompleta o engañosa von respecto a un hecho material es culpable de un delito.

Aplicable en New Hampshire

Cualquier persona quien tenga la intención de perjudicar, Defraudar o Deludir cualquier compañía de seguros, expide una declaración de reclamo conteniendo hechos materiales falsos, incompletos u oculta información es sujeto a una acusación y castigo por fraude de seguros, como es declarado en el RSA 638.20.

Aplica en New York

Cualquier persona quién con conocimiento e intención de defraudar a cualquier compañía de seguros u otra persona registra una aplicación con fines de seguros comerciales o una declaración de un reclamo para cualquier beneficio de seguro comercial o personal conteniendo cualquier información de un hecho material falso, oculto con el propósito de engañar, cualquier información con respecto a ese o cualquier hecho, comete un acto de seguros fraudulento, el cual es un crimen y deberá también estar sujeto a una penalidad civil que no exceda cinco mil dólares y el valor del fraude declarado por cada transgresión.

Aplicable en Ohio

Cualquier persona quien, con la intención de defraudar o que tiene conocimiento que él o ella está facilitando un fraude contra una aseguradora, presenta una aplicación o registra un reclamo conteniendo declaraciones falsas o engañosas será culpable de fraude de seguros.

Aplicable en Oklahoma

ADVERTENCIA: Cualquier persona quien con conocimiento e intención de perjudicar, defraudar o deludir a cualquier aseguradora, hace que cualquier reclamo para la continuación de una póliza de seguros conteniendo información falsa, incompleta, o engañosa es culpable de un delito.

En el estado de WA y todos los otros estados no mencionados anteriormente y Puerto Rico

es un crimen que intencionadamente información falsa, incompleta o engañosa sea entregada a una compañía de seguros con el propósito de defraudar a la compañía. Las penalidades incluyen; encarcelamiento, multas y negación de los beneficios de seguro