

Para ser Completado por el SDR	
POC # _____	_____
Claim # _____	_____
Date Received _____	_____

<b>Fecha límite para presentar reclamos: 11:59 p. m., hora estándar del centro, 3 de febrero de 2025</b>
--

## COMPAÑÍA DE SEGUROS DE SALUD BRIGHT DE TEXAS PRUEBA DE RECLAMO

Devuelva este Formulario Prueba de Reclamación completo y todos los documentos de respaldo. La Prueba de Reclamación debe tener **matasellos o haber sido efectivamente recibido** por CANTILO & BENNETT, L.L.P., Receptor Adjunto Especial de Bright Healthcare Insurance Company of Texas, a más tardar el **3 de febrero de 2025 a las 11:59 p. m., hora estándar del centro**, en una de las direcciones que se muestran a continuación.

POR CORREO POSTAL DE EE.UU.:

CANTILO & BENNETT, L.L.P.  
Special Deputy Receiver  
Bright Healthcare Insurance Company of Texas  
P.O. Box 184  
Austin, Texas 78767  
ATTENTION: CLAIMS

POR MENSAJERÍA O ENTREGA EN MANO:

CANTILO & BENNETT, L.L.P.  
Special Deputy Receiver  
Bright Healthcare Insurance Company of Texas  
11401 Century Oaks Terrace, Suite 300  
Austin, Texas 78758  
ATTENTION: CLAIMS

**Lea atentamente las instrucciones de la Prueba de Reclamación antes de completarlo. Escriba a máquina o con letra de imprenta.**

\_\_\_\_\_  
Nombre del Reclamante

\$ \_\_\_\_\_  
Cantidad Total de la Reclamación

\_\_\_\_\_  
Dirección de Envío

\_\_\_\_\_  
No. De Seguro Social o de Identificación Fiscal

\_\_\_\_\_  
Ciudad

\_\_\_\_\_  
Estado

\_\_\_\_\_  
Código Postal

\_\_\_\_\_  
Número Telefónico

\_\_\_\_\_  
Dirección de Correo Electrónico

\_\_\_\_\_  
Número de Fax

**Si el reclamante está representado por un abogado en derecho, complete la siguiente sección y adjunte una copia del poder notarial:**

\_\_\_\_\_  
Nombre del Abogado en Derecho

\_\_\_\_\_  
Número del Colegio de Abogados del Estado

\_\_\_\_\_  
Nombre del Despacho de Abogados

\_\_\_\_\_  
Número de Identificación Fiscal

\_\_\_\_\_  
Dirección de Envío

\_\_\_\_\_  
Número Telefónico

\_\_\_\_\_  
Ciudad

\_\_\_\_\_  
Estado

\_\_\_\_\_  
Código Postal

\_\_\_\_\_  
Número de Fax

\_\_\_\_\_  
Dirección de Correo Electrónico

Proporcione una explicación de su reclamación a continuación. La explicación debe incluir: (1) los detalles de la reclamación; (2) la identificación de cualquier contraprestación entregada por ella; (3) la identificación de cualquier garantía sobre la reclamación; (4) los pagos, si los hubiera, realizados sobre la deuda; (5) una declaración de que la reclamación se debe en forma justa; (6) una declaración de que no existe compensación, contrademanda o defensa a la reclamación; y (7) cualquier afirmación de un derecho a prioridad de pago u otros derechos específicos que usted alegue. Adjunte páginas adicionales si es necesario.


**NOTA: ADJUNTE DOCUMENTACIÓN PARA RESPALDAR SU RECLAMO**

**AFIRMACIÓN DEL RECLAMANTE**

**La ley de Texas requiere la siguiente declaración en una Prueba de Reclamación**

A menos que se indique lo contrario en el presente documento: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ es el único con derecho a presentar esta reclamación. No se han realizado pagos por la reclamación aparte de los descritos. La suma reclamada se debe justamente y no existe compensación, contrademanda ni otra defensa para esta reclamación. Declaro que todas las declaraciones realizadas en esta Prueba de Reclamación y todos los documentos adjuntos a este formulario son verdaderos, completos y correctos, y que soy el reclamante o una persona autorizada para hacer que estas afirmaciones sean vinculantes en nombre del reclamante. Entiendo que al presentar esta reclamación renuncio a cualquier derecho a reclamar los bienes personales de cualquier asegurado de Bright Healthcare Insurance Company of Texas que también pueda ser responsable de la reclamación, en la medida de la cobertura y los límites proporcionados por la póliza emitida por Bright Healthcare Insurance Company of Texas.

\_\_\_\_\_  
Firma

\_\_\_\_\_  
Nombre Impreso

\_\_\_\_\_  
Relación con el Reclamante

Estado de \_\_\_\_\_  
Condado de \_\_\_\_\_

El instrumento anterior fue reconocido ante mí este día \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_\_\_, por \_\_\_\_\_, quien ha ejecutado este instrumento en nombre de dicha persona, a quien conozco personalmente o que ha presentado una licencia de conducir u otra información como identificación.

\_\_\_\_\_  
Fedatario

\_\_\_\_\_  
Nombre Impreso

**(SELLO FEDATARIO)**

**Mi Comisión Expira:** \_\_\_\_\_