

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

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

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: _____