

**FORMULARIO DE PETICIÓN DE BENEFICIOS EN EL EXTRANJERO**  
IMG® (International Medical Group®)



**Address:** Claims, P.O. Box 240429, Apple Valley, MN 55124 USA,

**Call:** +1.800.628.4664 or outside U.S. +1.317.655.4500;

**Fax:** +1.317.655.4505

**Email:** [customercare@imglobal.com](mailto:customercare@imglobal.com)

**Web:** [www.imglobal.com/secure-message-center](http://www.imglobal.com/secure-message-center) [www.imglobal.com](http://www.imglobal.com)

**EL RECLAMO DEBE SER HECHO  
DENTRO DE 90 DIAS DE LA  
FECHA DEL SERVICIO**

NOMBRE DEL PACIENTE: \_\_\_\_\_

\* Un formulario de petición de beneficios  
debe ser completado para cargos  
incurridos en el extranjero

N° DE LA PÓLIZA: \_\_\_\_\_

**RESUMEN DE LOS SERVICIOS PRESTADOS**

FECHA DE SERVICIO	PROVEEDOR DEL SERVICIO	TIPO DE SERVICIO QUE FUE RECIBIDO	TIPO DE ENFERMEDAD O ACCIDENTE	TIPO DE MONEDA	CIUDAD/PAÍS	CANTIDAD TOTAL	PARA USO DE LA OFICINA