

PRUEBA DE RECLAMACIÓN

Colorado Health Insurance Cooperative, Inc. ("Colorado HealthOP")
En liquidación (la "Empresa")
PO Box 26894
San Francisco, CA 94126-6894

Tribunal del Distrito de la ciudad y el condado de Denver
N.º de caso 2015CV33680

LEA DETENIDAMENTE TODAS LAS INSTRUCCIONES ANTES DE LLENAR EL FORMULARIO

LA FECHA LÍMITE PARA PRESENTAR LA PRUEBA DE RECLAMACIÓN ES el 2 de enero de 2017

Número de la Prueba de reclamación:

1.ª parte Persona o entidad que presenta la reclamación (Reclamante)			
Nombre del reclamante:			
Domicilio 1:		Número de teléfono del reclamante:	
Domicilio 2:		Dirección de correo electrónico del reclamante:	
Ciudad:	Estado:	Código POSTAL:	N.º del Seguro Social o de identificación fiscal:
¿Está usted siendo representado por un abogado? Sí o No, encierre su respuesta en un círculo De ser así, indique el nombre, la dirección y el número de teléfono de su abogado. _____ _____			

2.ª parte Información sobre la reclamación enero de 2016 * Responsabilidades de Colorado HealthOP fijas a partir del 4 de enero de 2016														
<table border="1"><thead><tr><th>Tipo de reclamación</th><th>Cantidad de la reclamación</th></tr></thead><tbody><tr><td><input type="checkbox"/> Asegurado</td><td>\$ _____</td></tr><tr><td><input type="checkbox"/> Acreedor general</td><td>\$ _____</td></tr><tr><td><input type="checkbox"/> Proveedor médico</td><td>\$ _____</td></tr><tr><td><input type="checkbox"/> Productor de seguro</td><td>\$ _____</td></tr><tr><td><input type="checkbox"/> Otro</td><td>\$ _____</td></tr></tbody></table>	Tipo de reclamación	Cantidad de la reclamación	<input type="checkbox"/> Asegurado	\$ _____	<input type="checkbox"/> Acreedor general	\$ _____	<input type="checkbox"/> Proveedor médico	\$ _____	<input type="checkbox"/> Productor de seguro	\$ _____	<input type="checkbox"/> Otro	\$ _____	Describa su reclamación: _____ Adjunte toda la documentación complementaria a este formulario.	
Tipo de reclamación	Cantidad de la reclamación													
<input type="checkbox"/> Asegurado	\$ _____													
<input type="checkbox"/> Acreedor general	\$ _____													
<input type="checkbox"/> Proveedor médico	\$ _____													
<input type="checkbox"/> Productor de seguro	\$ _____													
<input type="checkbox"/> Otro	\$ _____													
a. ¿Ha recibido cualquier pago de cualquier fuente correspondiente a la reclamación por la que presenta esta Prueba de reclamación? De ser así, especifique el monto total que recibió \$ _____ e identifique todos los fuentes: _____														
b. ¿Es esta una reclamación garantizada? De ser así, identifique toda la seguridad para esta reclamación: _____														
c. ¿Es esta reclamación el objeto de una acción legal? De ser así, indique el tribunal y el número de caso: _____ Indique todas las partes interesadas y sus abogados: _____														
d. ¿Es esta reclamación contingente o sin liquidar? De ser así, explique: _____														
e. ¿Reclama usted algún derecho a prioridad de pago? De ser así, por favor, explique: _____														

El abajo firmante se suscribe y afirma como verdad bajo pena de perjurio, de la siguiente manera: que él o ella ha leído la Prueba de reclamación precedente y conoce el contenido del mismo; que esta reclamación en contra de la Empresa se debe justamente al Reclamante; que las cuestiones establecidas y en cualquier declaración que se acompaña y documentación complementaria son verdaderas y correctas; que no se ha recibido ningún pago de o por motivo de la reclamación antes mencionada con excepción de lo anteriormente indicado; y que no hay compensaciones, reconveniones o las defensas del mismo, excepto en el caso anteriormente establecido.

Firma del reclamante _____ Fecha de la firma _____
Nombre en letra de imprenta _____
Título o función oficial (si corresponde) _____

Entregue el formulario lleno a:
Colorado HealthOP
ATTN: Proof of Claim
PO Box 26894
San Francisco, CA 94126-6894

AVISO IMPORTANTE

Si cambia de domicilio después de presentar la Prueba de reclamación, debe proporcionarnos el nuevo domicilio para que pueda recibir cualquier notificación o pago que podría deberse.

INSTRUCCIONES PARA PRESENTAR LA PRUEBA DE RECLAMACIÓN

1. La Prueba de reclamación debe estar escrita en la computadora o escrita a mano en forma legible con tinta.
2. Debe llenar todas las partes y responder todas las preguntas de la Prueba de reclamación. Si cualquier parte no corresponde, indíquelo al escribir "N/A" en el espacio en blanco. Se le devolverá el formulario de Prueba de reclamación si deja alguna parte en blanco. Revise el formulario completo para cerciorar que esté lleno antes de enviarlo por correo.
3. Si necesita espacio adicional para responder completamente cualquier pregunta, hágalo en una hoja por separado y adjúntela a la Prueba de reclamación.
4. Debe adjuntar los documentos de la Prueba de reclamación o evidencia que apoye su prueba de pérdida. SI NO PROPORCIONA SUFICIENTES DOCUMENTOS O PRUEBAS PARA APOYAR SU RECLAMACIÓN, CAUSARÁ MOTIVO PARA NEGARLA.
5. Usted tiene la obligación continua de proveer documentos complementarios para su Prueba de reclamación a medida que se reciba información adicional. Este requisito incluye la notificación se cualquier cambio de domicilio.
6. El Reclamante, quien está nombrado en la 1.^a parte, o un representante del Reclamante que tiene conocimiento sobre los asuntos establecidos en la Prueba de reclamación y en cualquier declaración y documento complementario que la acompañe, debe firmar la Prueba de reclamación.
7. Todas las Pruebas de reclamación deben llevar sello de franqueo postal, a más tardar, el 2 de enero de 2017. El Destinatario no es responsable del correo no entregado.
8. El Destinatario recomienda que se guarde una copia de la Prueba de reclamación llena para sus registros.
9. El número de la Prueba de reclamación debe adjuntarse a toda futura correspondencia, enmienda o documento adjuntos para garantizar que se identifique apropiadamente.

INFORMACIÓN GENERAL

Después de que se hayan permitido, rechazado o estimado todas las reclamaciones, el Procurador solicitará aprobación del Tribunal para comenzar a hacer distribuciones de los bienes de la Empresa a los reclamantes aprobados.

Si tiene alguna pregunta sobre los procedimientos de la Prueba de reclamación, llame al (720) 627-8900.

Para obtener más información, visite www.rsgca.org y busque a Colorado Health Insurance Cooperative, Inc. en la sección de 'Companies'.