



SOLICITUD DE REEMBOLSO POR ACCIDENTES PERSONALES

Para el trámite de reclamación favor adjuntar: Facturas originales, informes de imágenes, recetas originales

SECCIÓN I - ASEGURADO:

Fecha: ____/____/____

Nombre del paciente: _____

Número de póliza: _____

Firma del Asegurado: _____

SECCIÓN II – MÉDICO TRATANTE:

Fecha del accidente: ____/____/____

Hora: _____AM/PM

Diagnóstico: _____

Procedimiento o Tratamiento Médico: _____

Historia Clínica: _____

Observaciones: _____

Nombre del médico: _____ Nombre Hospital _____

Firma y Sello del médico: _____