



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: _____

COMO PRESENTAR UN RECLAMO O REEMBOLSO CONVENCIONAL

- **Completar y firmar la siguiente documentación:**
 - Solicitud de reembolso, firmada por asegurado y firmada y sellada por médico tratante
- Adjuntar las **facturas originales (emitidas a nombre del asegurado)** por los gastos incurridos
- Adjuntar los **informes de imágenes**
- Adjuntar las **recetas originales**

Las facturas a considerarse serán solamente aquellas que tengan las siguientes características:

- Nombre del asegurado/paciente.
- Número de factura impresa.
- Nombre y razón social de la entidad o médico.
- Descripción del servicio recibido.
- Cuentas de farmacia deben ser acompañadas de la prescripción médica.

Los requisitos antes señalados son básicos para iniciar el proceso de la reclamación.

Una vez que estos documentos estén en nuestro poder, la Compañía solicitará directamente a los médicos y/o hospitales cualquier otra información adicional del historial médico, en caso de que fuese necesario.