

### SOLICITUD DE REEMBOLSO SALUD INTERNACIONAL

Número de Póliza: \_\_\_\_\_ Contrato: \_\_\_\_\_

#### DATOS DEL ASEGURADO

Apellidos: \_\_\_\_\_ Nombres: \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ Cédula: \_\_\_\_\_

Teléfono Residencial: \_\_\_\_\_ Teléfono Celular: \_\_\_\_\_

Otro número donde pueda ser contactado: \_\_\_\_\_

Dirección: Calle y número: \_\_\_\_\_

Edificio/ Apart.: \_\_\_\_\_ Lugar: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Sector: \_\_\_\_\_

Correo Electrónico: \_\_\_\_\_

#### DATOS DE LA RECLAMACION

**Tipos de Solicitudes de Reembolso:**  Gastos Médicos Mayores  Ambulancia aérea  Ticket aéreo  Otro Especifique: \_\_\_\_\_

**Causas de Tratamiento:**  Enfermedad  Accidente

**Diagnóstico:** \_\_\_\_\_ **Código Diagnóstico:** \_\_\_\_\_

**Procedimiento:** \_\_\_\_\_ **Código Procedimiento:** \_\_\_\_\_

**Doctor:** \_\_\_\_\_

#### EN CASO DE ENFERMEDAD INDIQUE

¿Cuándo se presentaron los primeros síntomas? \_\_\_\_\_

Fecha de la primera consulta por esta misma causa: \_\_\_\_\_

#### EN CASO DE ACCIDENTE INDIQUE

Fecha del Accidente: \_\_\_\_\_

Lugar del Accidente: \_\_\_\_\_

Describa las circunstancias en que ocurrió el accidente:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Estuvo el asegurado hospitalizado?  SI  NO

Si es afirmativo, indique:

Nombre del Hospital: \_\_\_\_\_

Fecha de internamiento: Inicio: \_\_\_\_\_ Fin: \_\_\_\_\_

**Favor indicar el detalle de las facturas y/o comprobantes de pago suministrados por los proveedores:**

<b>Nombre de Proveedor</b>	<b>Servicio Ofrecido</b>	<b>Costo</b>
<b>Total Reclamación:</b>		

**Nota:** Toda reclamación que se someta debe venir acompañada de recibo original, no se aceptaran copias. El recibo debe tener membrete médico con el nombre del proveedor, dirección y teléfono. Favor no incluir copago o deducible, es responsabilidad del reclamante. Favor someter una reclamacion por cada dependiente por separado. Favor de mantener copia de su recibo para su record, ya que los originales no serán devueltos. Favor de no someter cheques cancelados o estados de cuentas. Favor de completar todos los encasillados o su reclamación podría ser devuelta.

**CONVENIO DE SEGURIDAD**

Certifico que todas las declaraciones hechas en este formulario son verídicas y completas según mi leal saber y entender.

Fecha: \_\_\_\_\_  
                    Día / Mes / Año

\_\_\_\_\_   
                                    Firma del Asegurado