

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: _____

