

FORMULARIO DE RECLAMO (GASTOS MÉDICOS)

FORMULARIO DE RECLAMO PARA REEMBOLSO DE GASTOS MÉDICOS POR ACCIDENTE

DATOS DEL ASEGURADO TITULAR O RECLAMANTE

Nombres y apellidos: _____
No. de DPI o Pasaporte: _____
Dirección para Notificaciones: _____
Dirección de correo electrónico: _____
Teléfonos informar seguimiento: _____ Celular: _____
Fecha de reclamación: _____

DETALLES DEL ACCIDENTE:

Nombres y apellidos del afectado: _____
Fecha del accidente: _____
Breve explicación cómo sucedió el accidente: _____

REQUISITOS PARA REEMBOLSO DE GASTOS MÉDICOS

- Formulario de Reclamo para Reembolso de Gastos Médicos por Accidente **debidamente lleno**.
- Fotocopia del Certificado de seguro.
- Fotocopia del DPI o pasaporte del asegurado titular o reclamante.
- Original de las facturas de los gastos (Hospital, medicamentos, exámenes de laboratorio, rayos X y otros), detallando los servicios o procedimientos médicos efectuados.
- Fotocopia de las recetas por la compra de medicamentos.
- Resultados de exámenes de laboratorio, rayos X u otros.

EVALUACIÓN DEL MÉDICO

El infrascrito Médico y Cirujano: _____
evaluó al paciente: _____
de _____ años de edad, a consecuencia: _____

ingresando al Hospital/Sanatorio: _____ el día _____ y egresado el día _____
con diagnóstico de: _____

Lugar y fecha: _____
Firma: _____ No. de Colegiado _____ Sello _____

Firma del Asegurado o Reclamante

Vo. Bo. Banco _____
Firma y Sello del Gerente o Encargado

No. de Agencia: _____