

RECLAMO DE GASTOS MÉDICOS

Debe ser completado por el/la solicitante

Nombre del/de la titular de la póliza:	Número de póliza:	
Nombre del/de la asegurado/a:	Dirección de correo electrónico:	
Nombre del/de la solicitante (si es diferente del anterior):	Vínculo con el/la asegurado/a: to Insured	
Domicilio:	Número de teléfono:	

1) Indique si el/la solicitante cuenta con cobertura de otro seguro (Incluidos seguros de cónyuges y/o planes médicos del gobierno):

NO

SÍ

Nombre del/de la asegurado/a	Número de póliza:
------------------------------	-------------------

2) Indique si se presentan gastos originados por un accidente:

NO

SÍ

En caso afirmativo, por favor brinde más información, entre otros, la fecha y el lugar del accidente:

3) Por favor, indique el diagnóstico correspondiente a cada gasto médico:

Fecha de la consulta	Gastos	Diagnóstico/afección/enfermedad

4) Indique si el/la solicitante ya ha sufrido la misma afección o una similar:

NO

Sí

En caso afirmativo, indique una fecha y una descripción: _____

5) Indique la forma en la que desea obtener el reembolso:

Cheque

Depósito directo

Transferencia electrónica

En caso de un depósito directo:

Nombre del banco _____ Número del banco _____

Dirección de la sucursal _____ Número de tránsito _____

Nombre del/de la titular de la cuenta _____ Número de cuenta _____

En caso de transferencia electrónica:

Nombre del banco _____ ID del banco (Código Swift) _____

Dirección de la sucursal _____

Número de cuenta _____ Moneda de la cuenta _____

Nombre del reclamante _____ Número de cuenta (IBAN) _____

Domicilio de residencia del titular de la cuenta _____

Firma y autorización

Complete la totalidad del presente formulario sin dejar ninguna sección sin responder y entregue únicamente facturas originales a la dirección indicada anteriormente.

Por medio del presente, autorizo la divulgación de toda información solicitada con respecto al presente reclamo a la aseguradora o sus agentes y certifico que la información aportada es veraz, correcta y completa a mi leal saber y entender.

Firma (Solicitante)

Fecha