

Estimado afiliado:

Solicitamos para dar agilidad en el proceso de reembolso que el presente documento este completamente diligenciado, con los soportes requeridos para el mismo, las facturas deben ser originales y que cumplan con los requisitos de ley

DATOS DE AFILIADO:

1. Nombre del titular _____
2. Nombre del beneficiario _____
3. Nombre de la empresa o Nro. de póliza _____
4. Fecha de Nacimiento _____
5. Edad _____

INFORMACIÓN DEL MÉDICO TRATANTE:

1. Nombres y apellidos de médico tratante _____
2. Fecha de atención médica _____
3. Marque x según su elección: Hospitalización Consulta Ambulatoria
4. Teléfono de médico tratante _____
5. Su condición médica es por (marque x) :
Enfermedad
Embarazo FUM / /
Accidente
6. Antecedentes de Cirugías (Marque X)
NO
SI ¿Cuáles? _____

7. Diagnóstico(s) realizados por la atención médica _____

8. Número de facturas presentadas _____ Valor presentado _____

LA FALSA DECLARACIÓN, FRAUDULENTO O ENGAÑOSA PRODUCIRÁ LA PERDIDA DEL DERECHO A INDEMNIZACIÓN DEL PRESENTE SINIESTRO, EL QUE SUSCRIBE DECLARA QUE LO DATOS SON VERDADEROS EN TODAS SUS PARTES

Asegurado

Fecha