33 Yonge Street, Suite 270
Toronto, ON M5E 1G4

SUTTON
SPECIAL RISK

Tel: (416) 366-2223 Fax: (416) 366-4608
claims@suttonspecialrisk.com

Formulario Para Reintegro De Gastos Médicos

Lo Debe Completar El Solicitante

Nombre del titular de la póliza	Numero de póliza:
Nombre de la persona asegurada	Dirección de correo electrónico
Nombre del solicitante (en caso de diferir con el anterior)	Vínculo con la asegurada
Dirección	Teléfono

1) El solicitante cuenta con un seguro médico bajo la cobertura de algún otro plan (Incluyo por conyugue y/o plan del gobierno)

- ☐ **NO**
- ☐ **SI**

	Numero de poliza:

2) Se emite algún gasto como resultado de un accidente?

- ☐ **NO**
- ☐ **SI**

En caso de responder Si, proporcione detalles incluso a la fecha e ubicación del accidente.

_____

_____

3) Proporcione un diagnóstico para cado recibo emitido

Fecha del servicio	Cargos	Diagnostico/Afección/Enfermedad

4) El solicitante alguna vez padeció la misma afecciona o una afección similar:

- ☐ **NO**
- ☐ **SI**

En caso de responder Si, establezca cuando y describe: _____

5) Prefiere recibir el reembolso por Cheque ☐ Transferencia Bancaria ☐

6) Transferencia Nombre del banco_____ Numero del Banco _____

Dirección de la sucursal_____ Número de Tránsito_____

Nombre del titular_____ Número de Cuenta _____

Complete este formulario en su totalidad, respondiendo todas las secciones y enviando los recibos.

Autorizo la divulgación de cualquier información que se solicite con respecto a este formulario a la Empresa aseguradora o sus representantes. Certifico que la información suministrada es verdadera, correcta e complete a mi leal saber y entender.

_____

Firma (Solicitante) Fecha