

## 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:	
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**

Nombre del/de la asegurado/a

Número de póliza:

**SÍ**

**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) Pagador: empleado  empleador

6) 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