

Todos los campos de este formato deberán estar totalmente llenos con letra clara y legible. Sin borrones, tachones o enmendaduras

1. DATOS GENERALES

Ciudad _____ Fecha _____ Producto _____
 N° Contrato _____ Tipo de Solicitud de Reembolso Médico Técnico

2. DATOS PERSONALES

Datos del Titular Apellidos y Nombres _____
 Fecha de Nacimiento _____ C.I. _____
 Datos del Beneficiario Apellidos y Nombres _____
 Fecha de Nacimiento _____ C.I. _____
 Datos de contacto
 País/Ciudad _____ E-mail _____
 Dirección _____ Teléfono _____
 Datos del contratante (aplica para productos Corporativos o Masivos)
 Razón Social _____ Fecha Inclusión _____

2.1 REEMBOLSO POR ASISTENCIA MÉDICA

Enfermedad Accidente

Fecha _____ Tratamiento y/o procedimiento realizado _____
 Diagnóstico definitivo _____
 Como ocurrió _____ Lugar _____
 Documentación presentada (únicamente originales)
 Facturas Respaldo de pago de facturas (voucher o balance en cero) Informe Médico Ordenes de Exámenes, resultados y facturas Recetas y facturas de Medicamentos

Nota * Si su asistencia fue realizada de manera particular (es decir no fue directamente coordinada por la Central de Asistencias) debe presentar de manera obligatoria todos los documentos detallados en la parte superior.

2.2 REEMBOLSO POR ASISTENCIA TÉCNICA

¿Cual fue el inconveniente en su viaje? Demora de equipaje Fecha Localización _____
 Pérdida definitiva de equipaje Regreso en fecha diferente por orden médica Regreso en fecha diferente por fallecimiento de un familiar
 ¿Cuándo fue el inconveniente en su viaje? Fecha _____
 Documentación presentada (únicamente originales)
 Facturas PIR (Property Irregularity Report) Carta de aerolínea Tickets aéreos
 Factura por diferencia en tarifa (ticket aéreo) Orden médica Acta de defunción

3. DETALLE DE FACTURAS

N° Factura	Emisor	Valor
Total		

 Firma del Titular
 C.I.

 Empresa

 Broker/ Asesor

