

SOLICITUD DE REEMBOLSO H.C.M

Señores
Gerencia de Reclamos

Denominación Social del Contratante			Póliza N°:
Apellidos y Nombres del Titular			Cédula de identidad/RIF
Apellidos y Nombres del Asegurado Afectado	Teléfono	Parentesco	Cédula de identidad/RIF
Correo Electrónico:			
DOCUMENTOS A REMITIR (En Original y una Fotocopia) Marque con una "X" los documentos enviados:			
☐ Informe Médico (Indicando Diagnóstico y Tratamiento)			
☐ Resultados de Examen de Laboratorio y/o Complementarios			
☐ Informe Radiológico, Eco sonogramas y/o Pruebas Especiales			
☐ Récipes Médicos/ Orden de Examen			
☐ Facturas de Farmacias, Honorarios Médicos u otros (Deben ser facturas contables, debidamente canceladas con identificación del R.I.F., sin enmiendas ni correcciones, con el sello húmedo del Especialista y Ticket de Caja Registradora)			
DETALLES DE LAS FACTURAS CONSIGNADAS			
Factura N°	Concepto		Monto Bs.
Total Facturado			

BCO. NUMERO DE CUENTA:		OBSERVACIONES: TIPO DE CUENTA:
---------------------------	--	-----------------------------------

Firma del Asegurado

Fecha de Recibido RRHH	Fecha Recibido por Sucursal	Fecha entrega
------------------------	-----------------------------	---------------

