

 RIF: J-30467796-0		PLANILLA DE SOLICITUD DE:															
		REEMBOLSO <input type="checkbox"/>								CARTA AVAL <input type="checkbox"/>							
TIPO DE POLIZA		CONTRATANTE / TOMADOR										N° DE POLIZA					
INDIVIDUAL <input type="checkbox"/>		NOMBRE DEL TITULAR										CEDULA DE IDENTIDAD DEL TITULAR					
COLECTIVO <input type="checkbox"/>												CEDULA DE IDENTIDAD DEL BENEFICIARIO					
BENEFICIARIO AFECTADO								PARENTESCO				CEDULA DE IDENTIDAD DEL BENEFICIARIO					
TELEFONOS (LOCAL Y PERSONAL)								CORREO ELECTRONICO									
* OBLIGATORIO EN CASO DE REEMBOLSO (SOLO TITULAR) *																	
DATOS BANCARIOS																	
* BANCO									* TIPO DE CUENTA								
NUMERO DE CUENTA																	
RECAUDOS CONSIGNADOS																	
REEMBOLSO SOPORTE									CARTA AVAL								
BANCARIO (COPIA DE CHEQUE/LIBRETA) <input type="checkbox"/>									PLANILLA DE DECLARACIÓN DE SINIESTRO <input type="checkbox"/>								
FOTOCOPIA DE LA CEDULA DE IDENTIDAD (TITULAR Y BENEFICIARIO) <input type="checkbox"/>									FOTOCOPIA DE LA CEDULA DE IDENTIDAD (TITULAR Y BENEFICIARIO) <input type="checkbox"/>								
FOTOCOPIA DE INFORME MEDICO <input type="checkbox"/>									ORIGINAL DE INFORME MEDICO <input type="checkbox"/>								
FOTOCOPIA DE RECIPES Y/O INDICACIONES MEDICAS <input type="checkbox"/>									PRESUPUESTOS DE CLINICAS AFILIADAS A HISPANA DE SEGUROS S.A. <input type="checkbox"/>								
FACTURAS ORIGINALES POR MEDICINAS <input type="checkbox"/>									INDICACIONES MEDICAS (EN CASO DE SOLICITAR UN ESTUDIO) <input type="checkbox"/>								
FACTURAS ORIGINALES POR HONORARIOS MEDICOS <input type="checkbox"/>																	
FACTURAS ORIGINALES POR ESTUDIOS REALIZADOS <input type="checkbox"/>									ORIGINAL DE RESULTADOS DE ESTUDIOS REALIZADOS (LABORATORIOS, RESONANCIA MAGNETICA NUCLEAR, RAYOS X, TOMOGRAFIAS, ETC) <input type="checkbox"/>								
FOTOCOPIA DE RESULTADOS DE ESTUDIOS REALIZADOS <input type="checkbox"/>																	
CARTA NARRATIVA AMPLIA Y DETALLADA (EN CASO DE ACCIDENTE) <input type="checkbox"/>																	
OTROS <input type="checkbox"/>									OTROS <input type="checkbox"/>								
AUTORIZO SIN RESERVA AL MEDICO QUE ME HAYA ATENDIDO Y A LA INSTITUCIÓN HOSPITALARIA, A PROPORCIONAR A HISPANA DE SEGUROS S.A. LA INFORMACION QUE ARRIBA SE ESPECIFICA O CUALQUIER OTRA QUE SOLICITE DICHA ASEGURADORA RELACIONADA A ESTE RECLAMO.																	
DIAGNOSTICO POR EL CUAL PRESENTA LA RECLAMACIÓN									FECHA DE OCURRENCIA DEL CASO								
MONTO A RECLAMAR									SELLO DE RECIBIDO								
FIRMA DEL TITULAR																	