

SOLICITUD DE REEMBOLSO H.C.M.

Señores:
Gerencia de Reclamos

Denominación Social del Contratante:			Póliza N°:
Apellidos y Nombres del Titular:			Cédula de Identidad/R.I.F.: V ○ E ○
Apellidos y Nombres del Asegurado Afectado:	Teléfono:	Parentesco:	Cédula de Identidad/R.I.F.: V ○ E ○
DOCUMENTOS A REMITIR (Original y Fotocopia) Marque con una "X" los documentos enviados:			
<input type="radio"/> Informe Médico (indicando Diagnóstico y Tratamiento)			
<input type="radio"/> Resultados de Exámenes de Laboratorio y/o Complementarios			
<input type="radio"/> Informe Radiológico, Ecosonogramas y/o Pruebas Especiales			
<input type="radio"/> Recipes Médicos/Orden de Exámenes			
<input type="radio"/> Factura 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)			
DETALLE LAS FACTURAS CONSIGNADAS			
Factura N°	Concepto		Monto Bs.
TOTAL FACTURADO			
OBSERVACIONES:			

Firma del Asegurado

Fecha Recibido RRHH

Fecha Recibido por Sucursal

Fecha entrega Gcia. Reclamos

AHORA EN SOCIALISMO TRABAJA PARA TI

Inscrita en la Superintendencia de la Actividad Aseguradora bajo el N° 71. Avenida Francisco de Miranda,
Centro Plaza, Torre D, Pisos 8,17, PH, Teléfono 0212278551, Municipio Chacao.
Distrito Capital.

OyM-RRHH-F-02