



Solicitud de Reembolso Asegurado



Ingresa a nuestro portal con tu
Usuario y Clave



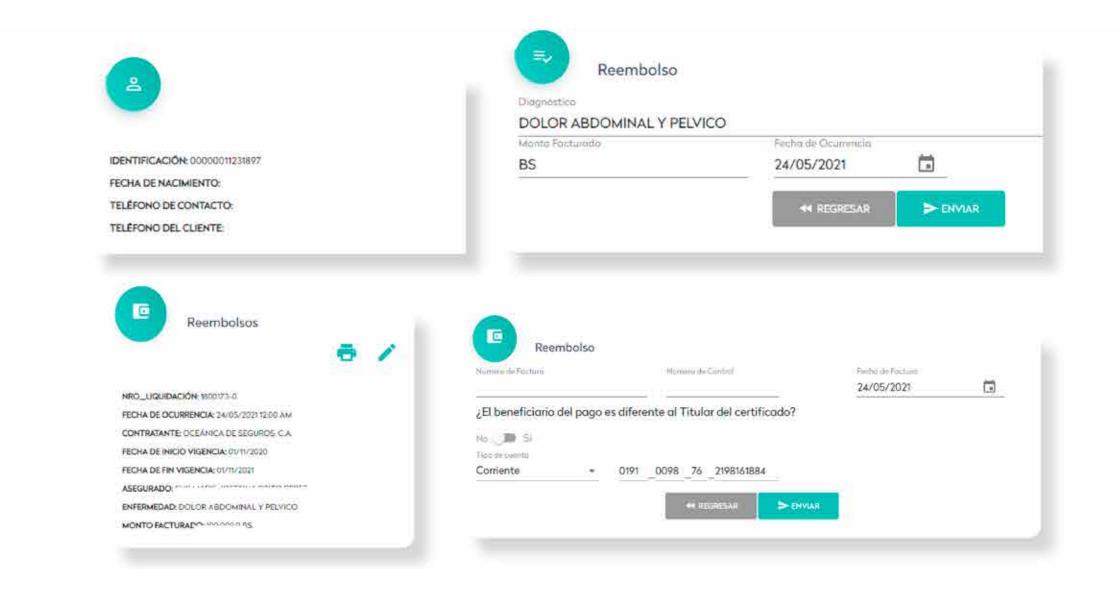
Selecciona la opción Solicitudes

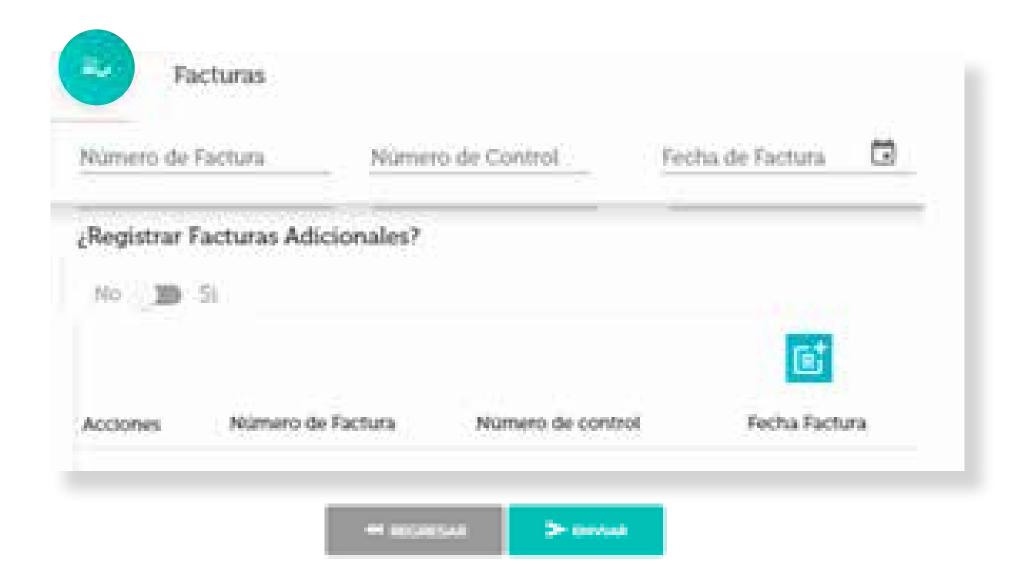


Selecciona la opción Reembolso de Salud



Ingresar los datos siguientes: Diagnóstico, tipo de moneda (Bs o \$), monto facturado, fecha de ocurrencia del siniestro, y registre la factura, de ser necesario podrá ingresar otras facturas presionando SI en la pregunta ¿Registrar Facturas Adicionales?, a continuación presionar "Enviar"





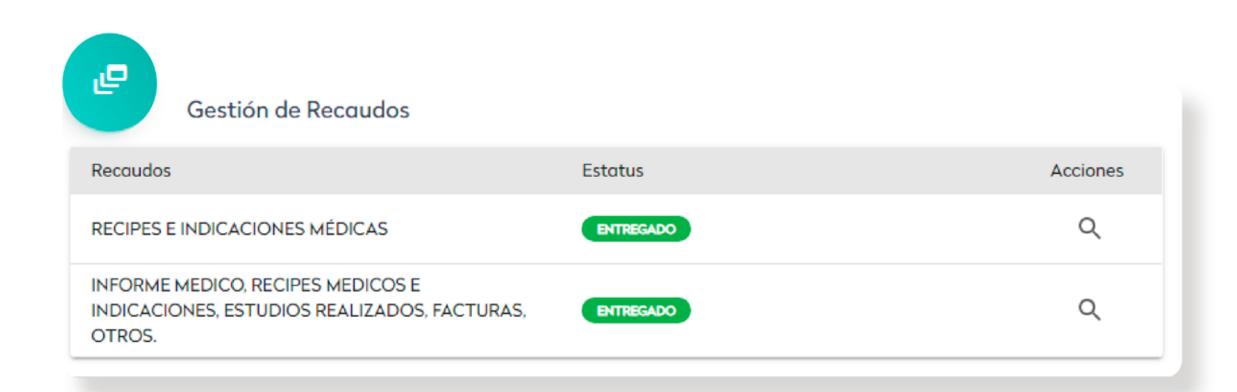
05

Descarga la Planilla de declaración de siniestro.

OCE,	ÁNICA EGUROS		SOLICITUD DE REEMBOLSO PERSONAS		
Solicitud N*	Fecha de Solicitud	Poliza N*	Contrarante		
1772391-0	15/06/2020	HCMI-002007-391			
	SOLO	PARA SER LLENADO POR EL	ASEGURADO DE LA POLIZA		
DATOS DEL BEN	EFICIARIO DE L	A PÓLIZA			
Nombre del Asegurado Titular C4dula de Identidad					
Nombre del Asegurado Afectado					Cédula de Identidad
Edad	I	sco con el Asegurado Titular			
TITULAR RECAUDOS ENTREGADOS					
NOTA: TODOS LOS R	EEMBOSOS DEBEN VEN	IIR SEPARADOS POR PATOLOG	IA		
Otros:					
PARA COMPLETAR E AVISARLE.	L ANALISIS DE SERVICI	O ES POSIBLE QUE SEA NECES.	ARIO ALGUN OTRO REQUISIT	O, EL TA	L CASO FAVOR INDICARNOS A QUIEN PODEMOS
Nombre			Teléfonos	Correo	
Tipo de Cuenta			N* de Cuenta (20 Digitos)		
CORRIENTE	O AHORRO				
OCEANICA DE SEGUROS C.A. SOLO SERA RESPONSABLE DE LA INDEMNIZACION HASTA POR LA CANTIDAD QUE ESTIPULA EL REEMBOLSO CORRESPONDIENTE. Y SOLO POR LA (S) CAUSA (S) MANIFESTADA (S) EN LA PRESENTE SOLICITUD Y QUE CONTAN EN EL PRESUPUESTO QUE ACOMPAÑO A LA PRESENTE, QUEDANDO RELEVADA DICHA EMPRESA ASEGURADORA DE TODA RESPONSABILIDAD POR CUALQUER OTRO HECHO O CONSECUENCIA DE DISTINTA NATURALEZA A LA MENCIONADA EN EL INFORME ANTES CITADO, MANIFIETO EXPRESAMENTE QUE, EN EL SUPUESTO QUE SE DEMOSTRARE QUE LA INFORMACIÓN POR MI SUMNISTRADA EN ESTE O EN CUALQUIER OTRO TIEMPO, RESULTARE FALSA, O HUSIERE SIDO OMITIDO ALGUN (OS) DATO (S) QUE ALTREEN LA NATURALEZA DEL EVENTO AMPARADO POR EL REEMBOLSO Y LAS CARACTERISTICAS DE LOS SERVICIOS MÉDICOS OBJETO DE LA INDEMNIZACIÓN, PIRAMIDE SEGUROS CA. PODRA EJERCER TODAS LAS ACCIONES QUE FUERN PRECEDENTES. A FIN DE RESARCIR POR LOS DAÑOS Y PERJUCIOS QUE TALES CIRCUNSTANCIAS LE HUSIERE OCASIONADO. DE IQUAL MAMERA SUBBOGO EN PIRAMIDE SEGUROS CA. TODOS LOS DERECHOS Y ACCIONES QUE PUDIEREN CORRESPONDERME ANTE TERCEROS CON OCASION DEL PRESENTE SERVICIO.					
Firma del Asegurado Titular			Firma del Asegurado Afectado		
ARABADO POR E	A SUPERINTENDENC	IA DE SEGUROS BAJO EL N	3AAPP11930-2014 EL 0.	DE EVE	SO DE 2014.

Oceanica de Seguros C.A. Inscrita en la Superintendencia de la Actividad Aseguradora bajo el No. 117 Capital Suscrito y Pagado Bs. 2650050 Rif J-30620632-9

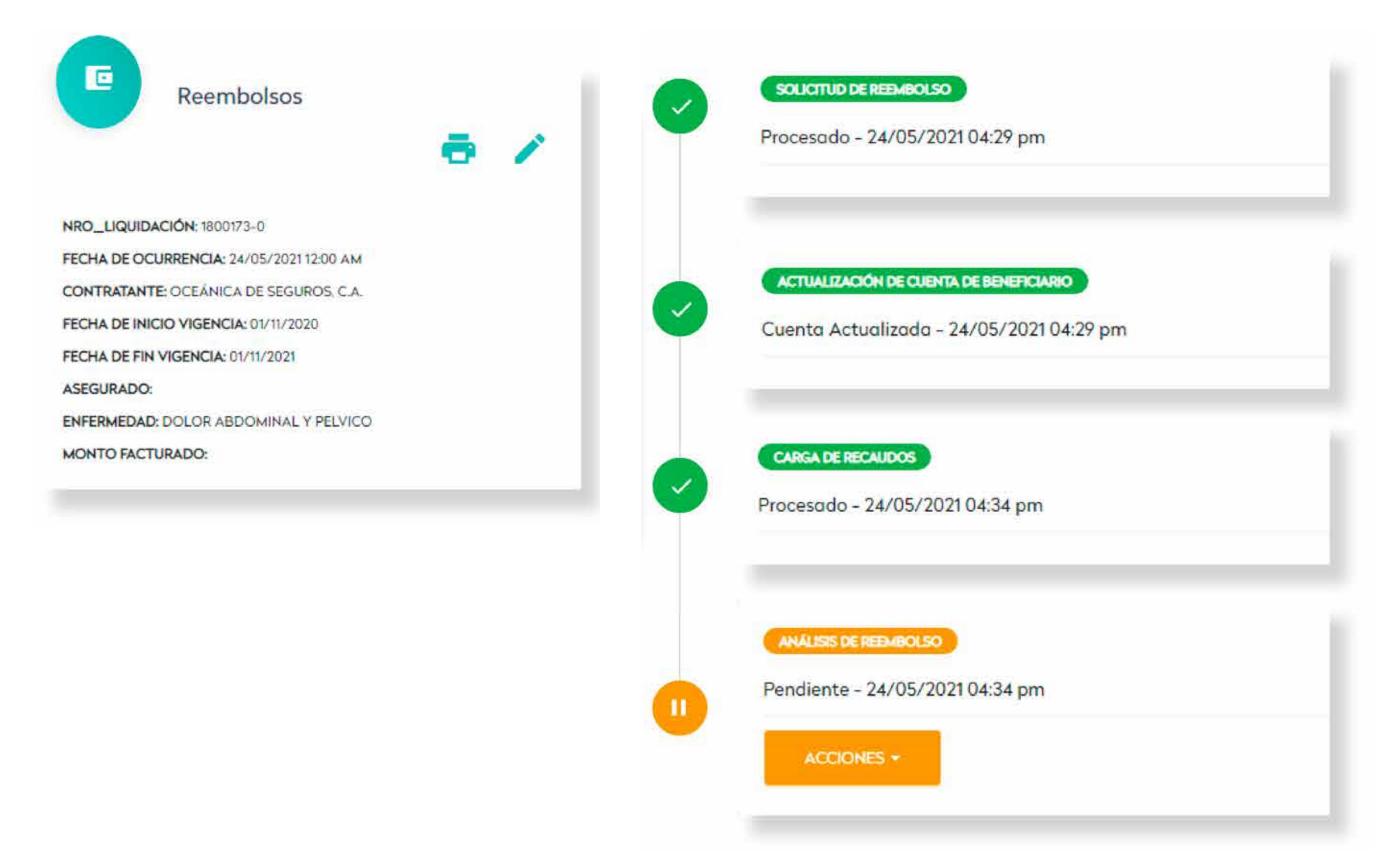
Anexa los recaudos indicados.



Nota: recuerda que los recaudos solicitados son los siguientes:

- A. Informe amplio y detallado debidamente firmado por el médico tratante.
- B. Paraclínicos que soporten la patología conjuntamente con estudios de rx, ecosonografía y tomografía, según corresponda.
- C. Planilla de declaración de siniestro obligatoriamente firmada por el asegurado.
- **D.** Orden médica y récipes según corresponda.
- E. Factura fiscal registrada en el seniat.
- F. Identificación de la moneda de reembolso nacional o extranjera.
- **G.** Soporte bancario en el cual se acreditará el reembolso.
- H. Los siniestros que van a ser cancelados en dólares deben enviar rif, pasaporte y cuenta en dólares.
- I. En los siniestro de accidentes personal deben solicitar carta narrativa de los hechos.
- J. Cualquier otro recaudo pertinente que se amerite para la evaluación del caso.

Verifica el estatus de tu reembolso.



En caso de incidencia en nuestro portal web, reportar al siguiente buzón tuportal@oceanicadeseguros.com

De Simple







