



OCEÁNICA
DE SEGUROS, C.A.




Solicitud de Reembolso **Asesor**


Oceánica


01

Ingresa a nuestro portal con tu **Usuario y Clave**

Inicia Sesión

 Usuario

 Clave



ENTRAR

Recupera tu clave

¿Olvidaste tu usuario?

02

Selecciona la opción **Solicitudes**




Solicitudes

→ IR

03

En la opción **Reembolso de Salud**, coloque el número de cedula del asegurado que presenta el siniestro




Reembolso de Salud

Venezolano

SOLICITAR

04

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”**




IDENTIFICACIÓN: 00000011231897

FECHA DE NACIMIENTO:

TELÉFONO DE CONTACTO:

TELÉFONO DEL CLIENTE:



Reembolso

Diagnóstico

DOLOR ABDOMINAL Y PELVICO

Monto Facturado


BS

Fecha de Ocurrencia

24/05/2021

REGRESAR

ENVIAR



Reembolsos

NRO_LIQUIDACIÓN: 1800173-0

FECHA DE OCURENCIA: 24/05/2021 12:00 AM

CONTRATANTE: OCEÁNICA DE SEGUROS C.A.



FECHA DE INICIO VIGENCIA: 01/11/2020


FECHA DE FIN VIGENCIA: 01/11/2021

ASEGURADO:

ENFERMEDAD: DOLOR ABDOMINAL Y PELVICO

MONTO FACTURAL:



Reembolso

Número de Factura

Monto de Control

Fecha de Factura

24/05/2021

¿El beneficiario del pago es diferente al Titular del certificado?

No

Si

Tipo de cuenta

Corriente

0191_0098_76_2198161884

REGRESAR

ENVIAR

05

Descarga la Planilla de declaración de siniestro.

Facturas

Número de Factura

Número de Control

Fecha de Factura

¿Registrar Facturas Adicionales?

No

Si

Acciones

Número de Factura

Número de control

Fecha Factura

REGISTRAR

REEMPLAZAR

SOLICITUD DE
REEMBOLSO PERSONAS

Solicitud N° 1772391-0	Fecha de Solicitud 15/06/2020	Poliza N° HCM1-002007-391	Contratante
SOLO PARA SER LLENADO POR EL ASEGURADO DE LA POLIZA			
DATOS DEL BENEFICIARIO DE LA POLIZA			
Nombre del Asegurado Titular			Cédula de Identidad
Nombre del Asegurado Afectado			Cédula de Identidad
Edad	Parentesco con el Asegurado Titular TITULAR		
RECAUDOS ENTREGADOS			
NOTA: TODOS LOS REEMBOSOS DEBEN VENIR SEPARADOS POR PATOLOGIA			
Causa:			
PARA COMPLETAR EL ANALISIS DE SERVICIO ES POSIBLE QUE SEA NECESARIO ALGUN OTRO REQUISITO, EL TAL CASO FAVOR INDICARNOS A QUIEN PODEMOS AVISARLE			
Nombre		Teléfonos	Correo
Tipo de Cuenta <input type="radio"/> CORRIENTE <input type="radio"/> AHORRO		N° de Cuenta (20 Dígito)	
QUIEN SUSCRIBE DECLARA: EN MI CARACTER DE BENEFICIARIO DE LA POLIZA DE HOSPITALIZACION, CIRUGIA Y MATERNIDAD SUPRA IDENTIFICADA, CERTIFICO LA VERACIDAD DE LOS DATOS Y DIAGNOSTICOS DESCRITOS EN EL INFORME MEDICO PRESENTADO A ESA ASEGURADORA, PUES LOS MISMOS SE ENCUENTRAN DEBIDAMENTE SUSTENTADOS EN LOS DOCUMENTOS JUSTIFICADOS QUE ANEXO A LA PRESENTE. ASI MISMO, ACEPTO EXPRESAMENTE QUE 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 CONSTAN EN EL PRESUPUESTO QUE ACOMPAÑO A LA PRESENTE, QUEDANDO RELEVADA DICHA EMPRESA ASEGURADORA DE TODA RESPONSABILIDAD POR CUALQUIER OTRO HECHO O CONSECUENCIA DE DISTINTA NATURALEZA A LA MENCIONADA EN EL INFORME ANTES CITADO, MANIFIESTO EXPRESAMENTE QUE, EN EL SUPUESTO DE QUE SE DEMOSTRARE QUE LA INFORMACION POR MI SUMINISTRADA EN ESTE O EN CUALQUIER OTRO TIEMPO, RESULTARE FALSA, O HUBIERE SIDO OMITIDO ALGUN (OS) DATO (S) QUE ALTEREN LA NATURALEZA DEL EVENTO AMPARADO POR EL REEMBOLSO Y LAS CARACTERISTICAS DE LOS SERVICIOS MEDICOS OBJETO DE LA INDEMNIZACION, PYRAMIDE SEGUROS C.A. PODRA EJERCER TODAS LAS ACCIONES QUE FUEREN PRECEDENTES, A FIN DE RESARCIR POR LOS DAÑOS Y PERJUICIOS QUE TALES CIRCUNSTANCIAS LE HUBIERE OCASIONADO, DE IGUAL MANERA SUBROGO EN PYRAMIDE SEGUROS C.A. TODOS LOS DERECHOS Y ACCIONES QUE PUDIEREN CORRESPONDERME ANTE TERCEROS CON OCASION DEL PRESENTE SERVICIO.			
Firma del Asegurado Titular		Firma del Asegurado Afectado	
APROBADO POR LA SUPERINTENDENCIA DE SEGUROS BAJO EL N° SAA-1-1-11936-2014 EL 6 DE ENERO DE 2014.			
Copia Cliente			

06

Anexa los recaudos indicados.



Gestión de Recaudos


Recaudos	Estatus	Acciones
RECIPES E INDICACIONES MÉDICAS	ENTREGADO	
INFORME MEDICO, RECIPES MEDICOS E INDICACIONES, ESTUDIOS REALIZADOS, FACTURAS, OTROS.	ENTREGADO	

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.

07

Verifica el estatus de tu reembolso.



Reembolsos



NRO_LIQUIDACIÓN: 1800173-0

FECHA DE OCURRENCIA: 24/05/2021 12:00 AM

CONTRATANTE: OCEÁNICA DE SEGUROS, C.A.

FECHA DE INICIO VIGENCIA: 01/11/2020

FECHA DE FIN VIGENCIA: 01/11/2021

ASEGURADO:

ENFERMEDAD: DOLOR ABDOMINAL Y PELVICO

MONTO FACTURADO:

✓

SOLICITUD DE REEMBOLSO

Procesado - 24/05/2021 04:29 pm

✓

ACTUALIZACIÓN DE CUENTA DE BENEFICIARIO

Cuenta Actualizada - 24/05/2021 04:29 pm

✓

CARGA DE RECAUDOS

Procesado - 24/05/2021 04:34 pm

||

ANÁLISIS DE REEMBOLSO

Pendiente - 24/05/2021 04:34 pm

ACCIONES ▾

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

Aside Simple