

Solicitud de Reembolso Asesor



Ingresa a nuestro portal con tu Usuario y Clave



Selecciona la opción Solicitudes



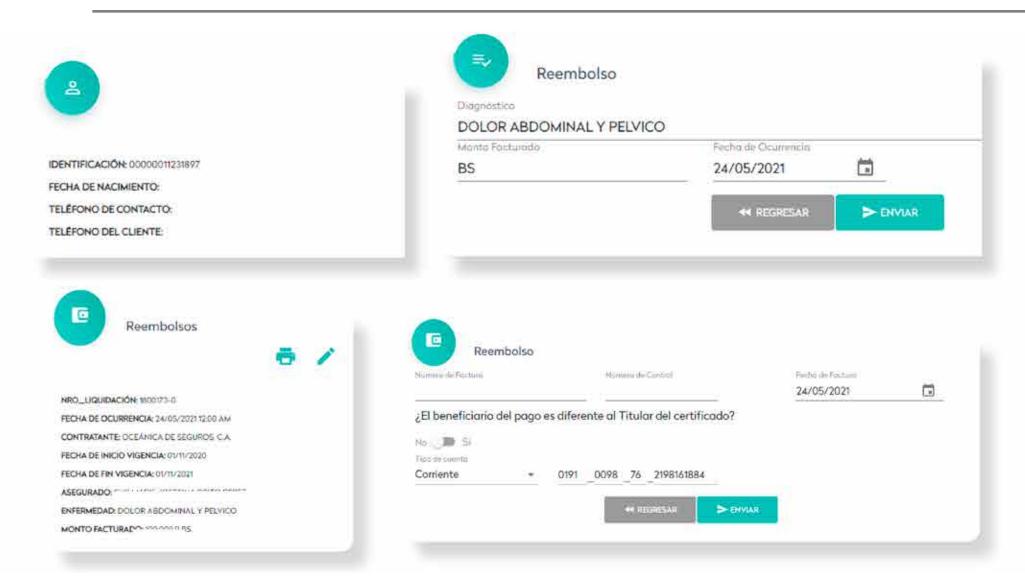
03

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



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"





05

Descarga la Planilla de declaración de siniestro.

DE SEGUROS			SOLICITUD DE REEMBOLSO PERSONAS
Solicitud N* Fecha de Solicitu	d Poliza N*	Contrarante	
1772391-0 15/06/2020	HCMI-002007-391		
		OR EL ASEGURADO DE LA POLIZA	
DATOS DEL BENEFICIARIO Nombre del Asegurado Titular	DE LA POLIZA		Cedula de Identidad
Nomore del Asegurado Titular			Ceding de Identidad
Nombre del Asegurado Afectado			Cédula de Identidad
Edad	Parentesco con el Asegurado Titula:	r	
	TITULAR		
		ECAUDOS ENTREGADOS	
NOTA: TODOS LOS REEMBOSOS DES	SEN VENIR SEPARADOS POR PAT	TOLOGIA	
Otros:			
PARA COMPLETAR EL ANALISIS DE AVISARLE.	SERVICIO ES POSIBLE QUE SEA	NECESARIO ALGUN OTRO REQUISI	TO, EL TAL CASO FAVOR INDICARNOS A QUIEN PODEMOS
Nombre		Telefonos	Соггео
Tipo de Cuenta		N° de Cuenta (20 Digitos)	
OCEANICA DE SEGUROS C.A. SOLO SI SOLO POR LA (S) CAUSA (S) MANIFES RELEVADA DICHA EMPRESA ASEGUI MENCIONADA EN EL INFORME ANTE SUMMISTRADA EN ESTE O EN CUAL DEL EVENTO AMPARADO POR EL REI PODRA EJERCER TODAS LAS ACCIO	ERA RESPONSABLE DE LA INDEN TADA (S) EN LA PRESENTE SOLI RADORA DE TODA RESPONSABI IS CITADO. MANIFIESTO EXPRE QUIER OTRO TIEMPO, ESSULTAI EMBOLSO Y LAS CARACTERISTI NES QUE FUEREN PRECEDENTI RANERA SUBROGO EN PIRAMII FANREA SUBROGO EN PIRAMII	MNIZACION HASTÀ POR LA CANTIL ICITUD Y QUE CONSTAN EN EL PRE LIDAD POR CUALQUIER OTRO HE SAMENTE QUE, EN EL SUPUESTO I RE FALSA, O HUBIERE SIDO OMITIL ICAS DE LOS SERVICIOS MEDICOS (ES, A FIN DE RESARCIR POR LOS ES, A FIN DE RESARCIR POR LOS	PRESENTE. ASI MISMO, ACEPTO EXPRESAMENTE QUE AND QUE ESTIPULA EL REMBOLSO CORRESPONDIENTE. Y SUSPUESTO QUE ACOMPAÑO A LA PRESENTE, QUEDANDO CHO O CONSECUENCA DE DISTINTA NATURALEZA A LA DE QUE SE DEMOSTRARE QUE LA INFORMACIÓN POR MI DO ALGUM (OS) DATO (S) QUE AL ITEREN LA NATURALEZA DEJETO DE LA INDEMNIZACION, PIRAMIDE SEGUROS C.A. DAÑOS Y PERJUCIOS QUE TALES CIRCUNSTÂNCIAS LE
Firma del Asegurado Titular			ECHOS Y ACCIONES QUE PUDIEREN CORRESPONDERME
		Firma del Asegurado	-

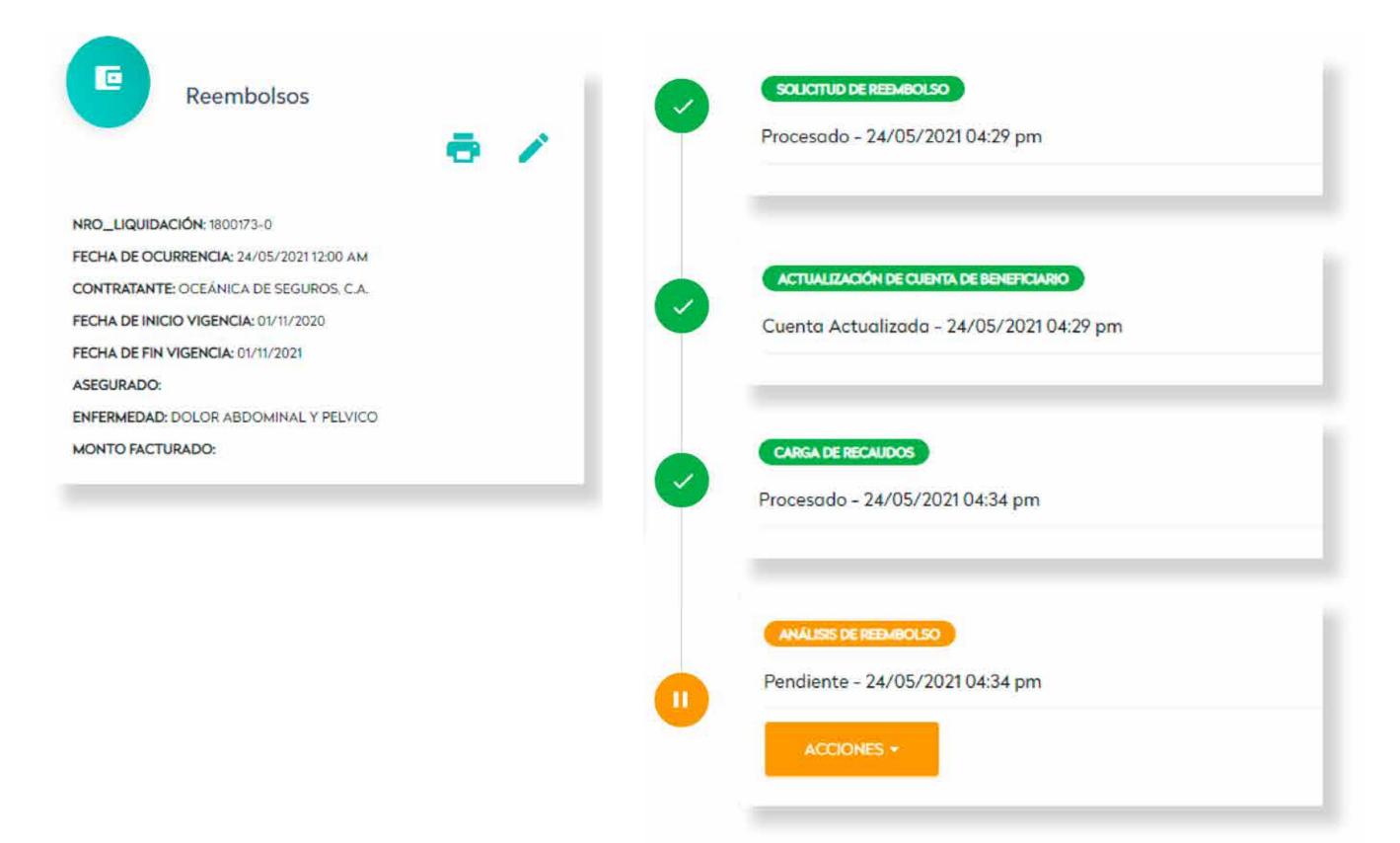
Anexa los recaudos indicados.

Gestión de Recaudos		
Recaudos	Estatus	Acciones
RECIPES E INDICACIONES MÉDICAS	ENTREGADO	Q
NFORME MEDICO, RECIPES MEDICOS E NDICACIONES, ESTUDIOS REALIZADOS, FACTURAS, DTROS.	ENTREGADO	Q

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

Asido Simple







