

SOLICITUD DE REEMBOLSO DE GASTOS MÉDICOS SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES



----- Para uso de SEGUROS UNIVERSALES -----

No. de Reclamo: No. de Póliza:
Vigencia: Deducible:
Saldo:
Incapacidad Temporal: Muerte:
Gastos de Curación: Renta Hospitalaria:

Facturar a nombre de **Seguros Universales, S.A.** No. de Nit. 32439-6
PRESENTAR LAS FACTURAS EN UN PLAZO DE 30 DÍAS

Para agilizar el trámite de su reclamo, conteste correctamente las siguientes preguntas, adjuntando facturas de los gastos incurridos por medicamentos, médicos, laboratorio y hospital.

Nombre del Asegurado:
No. de Cédula: Fecha de Nacimiento:
Dirección:
Email: Teléfono: Celular:
Día y Hora del Accidente: Lugar:
Cómo ocurrió el Accidente:

Hospital donde fue atendido: Nombre del Médico:
Fecha Primera Consulta: Si hubo hospitalización indicar el número de días:
Fecha de Ingreso: Fecha de Egreso:

----- Para ser completado por el Médico Tratante -----

Lesiones sufridas:

Diagnóstico:

Detalle de tratamientos médicos recibidos o cirugías realizadas:

Procedimientos	Código	Unidades
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Firma y sello del Médico que atendió al Asegurado Firma y sello de la liga, colegio, instituto o empresa a la que pertenece
Observaciones del Médico Asesor:

Por este medio certifico que las respuestas que anteceden a las facturas adjuntas son verídicas y cabales, según mi leal saber y entender. Autorizo a todos los médicos, personas, clínicas, instituciones y otros para que suministren a SEGUROS UNIVERSALES, S.A. cualquier información, incluyendo copias exactas de sus archivos, (expedientes del paciente), exámenes de laboratorio, ultrasonido y rayos X, etc. pertenecientes a este reclamo hasta obtener toda la información necesaria. ESTOY ENTENDIDO Y ACEPTO QUE AL UTILIZAR EL SISTEMA DE REEMBOLSO, EL RECLAMO DEBE PASAR POR ANÁLISIS DE COSTO DEL MISMO.

Cheque a nombre de:
Fecha:
Firma del Asegurado