

## FORMULARIO DE RECLAMACIÓN POR SERVICIO AMBULATORIO ACCIDENTES PERSONALES

## DATOS DEL CONTRATANTE

Nombre del Contratante \_\_\_\_\_ Póliza No. \_\_\_\_\_

## DATOS DEL ASEGURADO

Nombres \_\_\_\_\_ Apellidos \_\_\_\_\_

Cédula/Pasaporte \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: Día \_\_\_\_\_ Mes \_\_\_\_\_ Año \_\_\_\_\_ Sexo:  F  M

Dirección (calle y número) \_\_\_\_\_ Sector \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_

Teléfono de residencial \_\_\_\_\_ Celular \_\_\_\_\_ Correo electrónico \_\_\_\_\_

## DETALLES DEL SERVICIO RECIBIDO

Nombre del Centro Médico, Clínica u Hospital \_\_\_\_\_

Nombre del Médico que prestó el servicio \_\_\_\_\_

Exequátur No. \_\_\_\_\_ Especialidad \_\_\_\_\_

Fecha y Hora de Ingreso \_\_\_\_\_ Fecha y Hora de Salida \_\_\_\_\_

Diagnóstico \_\_\_\_\_

Procedimiento realizado \_\_\_\_\_

Monto Pagado \_\_\_\_\_ Monto Reclamado \_\_\_\_\_

Reconozco que toda información provista es verdadera y válida, quedando entendido que cualquier declaración o información falsa o inexacta provocará la invalidación de la indemnización al/los beneficiario(s).

\_\_\_\_\_  
Firma y Sello del Contratante\_\_\_\_\_  
Firma del Médico o Centro Médico\_\_\_\_\_  
Fecha