

FORMULARIO DE RECLAMACIÓN POR SERVICIO AMBULATORIO ACCIDENTES PERSONALES

RNC 1-02-01717-4

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