

RNC 1-01-86442-7

SOLICITUD DE REEMBOLSO

RNC 1-02-01717-4

DATOS PERSONALES DEL / DE LA AFILIADO O ASEGURADA(O) Día / Mes / Año

Nombre Número Teléfono Celular

No. documento identificación Tipo de documento Cédula Pasaporte Correo electrónico Monto reclamado

Procedimientos ambulatorios

Consulta Laboratorio Rayos X Emergencia Otro (describir)

Estudios especiales Tipo de estudio

Motivos / Síntomas / Diagnóstico

Médico tratante Especialidad Clínica

Hospitalización Fecha de ingreso / / Fecha de salida / /

¿Estuvo en cuidados intensivos? Sí No Desde / / Hasta / /

Motivos / Síntomas / Diagnóstico

Si se le practicó cirugía, favor describir

Médico tratante Especialidad Clínica

¿Tiene otros planes con nosotros que cubran esta reclamación? Sí No En caso afirmativo, favor indicar nombre del plan

Desea usted que su pago sea vía Cheque Transferencia (Completar información bancaria)

INFORMACIÓN BANCARIA

Banco o institución financiera

Tipo de cuenta Ahorro Corriente Número de cuenta

Nombres y apellidos completos del/de la titular de la cuenta bancaria

Documento de identidad del/de la titular de la cuenta bancaria: Cédula Pasaporte Número Nacionalidad

Sexo: Femenino Masculino Correo electrónico

NOTA 1: Es obligatorio completar todos los datos bancarios.
 NOTA 2: Favor leer detenidamente las instrucciones contenidas en el reverso de este formulario.
 NOTA 3: Todos los datos bancarios deben pertenecer al afiliado titular o dependiente mayor de edad.

Clave 005-2004

Firma del/de la afiliado/a o asegurado/a

- Este formulario sólo aplica para planes con reembolsos.
- Toda solicitud de reembolso debe ir acompañada de este formulario debidamente completado.
- Los reembolsos deben ser solicitados dentro de los primeros 60 días de haber recibido el servicio en los planes de salud local, y 180 días en planes de salud internacional.
- Los documentos requeridos para procesar un reembolso son:
 - a) Para internamientos: facturas y recibos de pagos originales.
 - b) Para estudios especiales: indicación del médico, copia de resultados de los estudios, facturas y recibos de pagos originales.
 - c) Para laboratorios y rayos X: indicación del médico, copia de resultados, facturas y recibos de pago originales.
 - d) Para consulta ambulatoria: recibo en original sellado por el médico.
- De aplicar el reembolso, la transferencia bancaria será realizada, siempre y cuando la cuenta anteriormente indicada sea en pesos dominicanos y para consumo en República Dominicana.
- Para cambio de cuenta bancaria, el afiliado titular deberá llenar nuevamente este formulario a modo de autorización.
- Declaro que la información suministrada en el presente formulario es veraz y correcta, por lo que asumo total responsabilidad en caso de error u omisión y descargo a La Compañía de toda actuación que se derive de las instrucciones aquí dadas en base a las informaciones suministradas por mí.

Nota: El departamento de reembolso podrá a su discreción requerir documentación adicional a la descrita anteriormente.