

SOLICITUD DE REEMBOLSO DE GASTOS DE CURACION

Ramo de Accidentes Personales -AP

I. INFORMACION DEL ASEGURADO, POLIZA Y SINIESTRO:

NOMBRE: _____ DNI _____

POLIZA: _____ FECHA DE SINIESTRO: _____ N° SINIESTRO: _____

DOMICILIO: _____ CORREO: _____ TELEFONO: _____

II. INFORMACION DEL SOLICITANTE O REPRESENTANTE:

NOMBRE: _____ DNI _____ PARENTESCO: _____

DOMICILIO: _____ CORREO: _____ TELEFONO: _____

III. DETALLE DE LA OCURRENCIA - SOLICITUD

IV. REQUISITOS

A. DOCUMENTOS GENERALES:

REEMBOLSO AMBULATORIO:

- () Hoja de denuncia de Accidentes Personales debidamente llenada y firmada por el cliente/contratante.
- () Copia del DNI del asegurado.
- () Hoja de Atención de Emergencia y/o Informe médico.
- () Factura^(*) y/o Recibo por Honorario Médicos a nombre del asegurado originales (detallar en cuadro inferior).
- () Facturas^(*) y/o Boletas y/o Ticket originales de las medicinas indicadas por el médico, acompañadas de sus respectivas recetas médicas (detallar en cuadro inferior).
- () Facturas^(*) y/o Boletas y/o Ticket originales de los Exámenes Auxiliares realizados, acompañadas con sus respectivas ordenes médicas, resultados e informes (detallar en cuadro inferior).

REEMBOLSO HOSPITALARIO:

- () Hoja de denuncia de Accidentes Personales debidamente llenada y firmada por el cliente/contratante.
- () Copia del DNI del asegurado.
- () Hoja de Atención de Emergencia.
- () Historia Clínica Completa de la Hospitalización (copia fedateada/legalizada).
- () Epicrisis.
- () Reporte operatorio, indispensable en caso de intervención Quirúrgica.
- () Liquidación hospitalaria detallada.
- () Facturas^(*) y/o Boletas y/o Ticket originales a nombre del asegurado por los gastos de hospitalización (detallar en cuadro inferior).

NOTA:

(*) Las **facturas** deberán ser emitidas a nombre de La Positiva Seguros y Reaseguros con RUC 20100210909.

B. DETALLE DE GASTOS PRESENTADOS

CONCEPTO	N° DE FACTURA / N° BOLETA	MONTO
1.-		
2.-		
3.-		
4.-		
5.-		
6.-		
7.-		
8.-		
9.-		
10.-		

Fecha de Recepción: / /

Firma del solicitante: _____ Firma y Sello de la Positiva: _____

***Autorizo que la respuesta a la presente solicitud sea vía correo electrónico.**