

¿CONTINUIDAD DE RECLAMO? SI NO

Número de Trámite: _____ Número de Reclamo: _____

CHECK LIST – Reclamos Seguro Oncológico

Requisitos

- Formulario de Reclamo de Gastos Médicos debidamente llenado por el Asegurado titular en cara anterior. Original
- Copia de Cedula de Identidad del Asegurado y/o Cedula de residencia, en su defecto se deberá presentar partida de nacimiento original del Asegurado.
- Resumen médico de la enfermedad o padecimiento firmado y sellado por su médico tratante.
- Original y copia del resultado del examen patológico realizado a la biopsia del Asegurado firmada por un Médico especialista en oncología.

¿DOCUMENTOS COMPLETOS? SI NO

Información de Asegurado Titular

Dirección:

Correo electrónico:

Teléfono: _

Número de Cuenta: _____

Fecha: _____ Hora: _____

Entregado por, Cliente Intermediario

Firma:

AUTORIZACIÓN DE PAGOS VÍA TRANSFERENCIA

Autorizo a Seguros América a realizar desembolsos por reclamos vía transferencia electrónica de fondos a la cuenta bancaria abajo descrita, en lugar de emitir cheque.

Banco: Bac Credomatic Avanz Banpro Ficohsa BDF LAFISE Bancentro

Número de Cuenta: _____ Moneda: dólares córdobas

Firma del asegurado: _____

Cedula del asegurado: _____

Observaciones:

Nota: Se requiere de los requisitos generales antes mencionados para dar inicio al análisis del reclamo. El ajustador médico solicitará información adicional en caso de existir inconsistencias o contradicciones en la información proporcionada. *El tiempo máximo de reembolso de su reclamo corresponde a 15 días hábiles.* El Check list original deberá entregarse como soporte para expediente de reclamo, la copia debe ser entregada al asegurado y/o corredor para su debido control y resguardo.