

Para agilizar el trámite de su reclamo, conteste correctamente las siguientes preguntas, adjuntando la documentación completa y específica según las condiciones del producto.

EXCLUSIVO PARA EL ASEGURADO							
Asegurado:				Póliza:		Cert.	
Paciente Reclamante:				Parentesco:		Edad:	
Causa de los gastos:	Enfermedad:	Accidente:	¿Cuándo Ocurrió?:	Día:	Mes:	Año:	
Describa como sucedió el accidente:							

SECCIÓN PARA SER LLENAR POR MEDICO TRATANTE:				
Numero de Pieza	Superficie	Descripción del servicio (Incluye Rayos X, profilaxis, materiales utilizados, etc.)	Fecha del servicio	Valos \$
			TOTAL	
Firma y sello del médico tratante: Fecha Día: Mes: Año:				