VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Colsanitas SEGUROS

FORMATO PARA SOLICITUD DE REEMBOLSO DE PRESTACIONES ASISTENCIALES – PERSONA NATURAL

Favor diligenciar en letra legible. Este documento y sus soportes están sujetos al análisis y auditoria respectiva y su recepción no implica autorización de pago.

1 DATOS DEL AFILIADO

Tipo _____ y No. documento _____
Nombre (s) _____ Apellido (s) _____
Dirección de notificación _____ correo electrónico _____
Ciudad _____ Departamento _____
Teléfono (s) de contacto fijo _____ Celular _____

2. DATOS DEL EVENTO LABORAL

Fecha de ocurrencia Día ___ Mes ____ Año ____
Concepto de reembolso Medicamentos ____ Traslados ____ Alimentación ____ Alojamiento ____
Atención médica ____ Otros Cuál _____

Soportes que debe anexar:

a. Medicamentos: Fórmula médica, resumen de la atención prestada, factura original.
b. Atención médica: resumen de la atención, factura original.
c. Traslados, alojamiento y alimentación para atención médica: factura original de la compra de estos servicios.
   Tener en cuenta que el transporte será autorizado según la condición clínica del paciente.

Valor de la solicitud de reembolso en pesos $ _____ en letras _____

3. DATOS PARA EL PAGO A LA PERSONA

Ciudad de la Entidad Financiera donde tiene la cuenta
Entidad Financiera _____
Cuenta corriente ____ cuenta de ahorros ____ Número de la cuenta bancaria ____

_____ Nombre Completo

_____ Firma

Los datos personales (incluso sensibles como los de salud) suministrados o anexados al presente formato, serán tratados por Colsanitas Seguros S.A. para el análisis, auditoria y demás finalidades relacionadas con el pago de la prestación económica solicitada de acuerdo con las políticas de privacidad disponible en nuestra página web.