

POLIZA DE SALUD documentos para reembolsos, cuando así este contratado en la póliza											
Documentos	Reembolso Hospitalización Urgencias	Gastos Exequias	Aux maternidad	Medicamentos	Aux vacunas	Reembolso Copagos	Reembolso Proced ambulatorios	TRANSPORTE Y TRASLADO MÉDICO	TRATAMIENTO DENTAL X ACCIDENTE	Reembolso proced QX	Reembolso Consulta Externa Prótesis
Formato de reclamación	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Cédula Del asegurado principal	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Cédula del asegurado afectado	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Registro civil de nacimiento			X								
Registro de defunción asegurado principal		X									
Historia Clínica: que indique diagnostico CIE11 claro fecha y hora de ingreso y fecha y hora de salida de urgencias, uci y hospitalización	X						X		X	X	X
Facturas canceladas	X	X		X		X	X	X	X	X	X
y soportes de atención: Fórmula médica Recibo pago copago Orden laboratorios Orden radiografías Orden exámenes diagnóstico Orden fisioterapia	X					X					
Certificación Bancaria	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X

Recuerda!

- Los amparos a afectar, son los contratados en la póliza.
- Compañía de seguros Colsanitas S.A. se reserva el derecho de solicitar documentos adicionales para formalizar la reclamación, según sea el caso.
- Todos los pagos se realizan por transferencia electrónica. No obstante, el diligenciamiento del formulario de transferencia electrónica NO implica un compromiso de pago o aceptación de la obligación por parte de Compañía de Seguros Colsanitas S.A. a favor del suscriptor, pues el reclamo ingresa para estudio de la aseguradora.

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA



Servicio al cliente

Línea en Bogotá: 601-7398939 • Línea a nivel nacional: 018000931011
www.colsanitasseguros.com • Calle 100 #11B-67 Bogotá

Defensoría del Consumidor Financiero:

Camila A. Ustáriz (defensor principal) / Camilo A. Carreño (defensor suplente)
Carrera 10 # 97A - 13, ofc.502, Bogotá D.C. - Tel: 601 610 8164 Lun-Vier 8:00 a.m. a 6:00 p.m. - Correo electrónico: defensoriacolsanitasseguros@legalcrrc.com