



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



**FORMATO DE AUTORIZACIÓN
ABONO CUENTA BANCARIA**

Ciudad _____ Día ____ Mes ____ Año ____

Señores: **Compañía de Seguros Colsanitas S.A**

Ciudad _____

Apreciados Señores:

Con la presente autorizo para que el valor a pagar a partir de la fecha, por concepto de _____
_____ se transfiera a mi cuenta bancaria relacionada a continuación:

Banco: _____ Número de cuenta: _____

Ahorro _____ Corriente _____

Oficina: _____ Ciudad: _____

Solicito que el respectivo comprobante de pago, me sea enviado a la siguiente dirección electrónica
(e-mail): _____

Adicionalmente confirmo mis datos personales para el envío de correspondencia.

Nombre(s) y apellido(s) o Razón social: _____

Documento de identificación Tipo: _____ Número: _____

Dirección: _____ Ciudad: _____

Teléfono: _____

Atentamente,

Nombre del Prestador

Firma del Prestador

* Adjuntar original de certificación de la cuenta bancaria, emitida por la entidad financiera.

* Para persona jurídica debe firmar el Representante Legal y adjuntar original de certificado de constitución y gerencia actualizado, máximo con ocho (8) días de expedición.

* Los pagos se realizan por transferencia bancaria, por lo tanto, es indispensable diligenciar esta autorización.