

## 1. SECCIÓN PARA SER COMPLETADA POR EL ASEGURADO

| DATOS GENERALES  |   |                    |               |     |        |   |            |      |          |     |     |
|--|---|--------------------|---------------|-----|--------|---|------------|------|----------|-----|-----|
| Nombre del Contratante   |   |                    |               |     |        |   |            |      |          |     |     |
| No. De Póliza  |   | No. De Certificado |               |     | E-mail |   |            |      | Teléfono |     |     |
| Nombre del Asegurado Titular   |   |                    |               |     |        |   |            |      | Celular  |     |     |
| Sexo   | M | F                  | Fecha de Nac. | Día | Mes    | Año   | DUI        |      | NIT      |     |     |
| Nombre del paciente  |   |                    |               |     |        |   |            |      |          |     |     |
| Sexo   | M | F                  | Fecha de Nac. | Día | Mes    | Año   | Parentesco |      |          |     |     |
| INFORME SOBRE EL PADECIMIENTO  |   |                    |               |     |        |   |            |      |          |     |     |
| ¿Fue causada la dolencia por un accidente?   |   |                    |               | SI  | NO     | En caso afirmativo ¿Cuándo ocurrió?                           |            |      | Día      | Mes | Año |
| ¿Dónde y cómo ocurrió?   |   |                    |               |     |        |   |            |      |          |     |     |
| En caso de enfermedad ¿En qué fecha comenzó?   |   |                    | Día           | Mes | Año    | ¿La causa del padecimiento está relacionada con su ocupación? |            |      | SI       | NO  |     |
| SOLICITUD DE REEMBOLSO   |   |                    |               |     |        | Total de gastos presentados                                   |            | US\$ |          |     |     |
| Para efectos de pago, debe anexar resultados de exámenes y/o estudios realizados, hoja de emergencia, detalle de cuenta hospitalaria, informe médico, notas de evolución y reporte operatorio en caso de cirugías. |   |                    |               |     |        |   |            |      |          |     |     |
| Otras observaciones o comentarios  |   |                    |               |     |        |   |            |      |          |     |     |

Declaro que estos datos son verdaderos y autorizo a los médicos, hospitales y otras personas e instituciones que me atendieron, para que suministren a ASSA Vida S.A., Seguros de Personas, cualquier información relacionada con este reclamo y si existiese falsedad en la información, la compañía no estará obligada a pagar ningún reclamo.

Firma Asegurado \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

## 2. AUTORIZACIÓN DE PAGO

### INFORMACIÓN BANCARIA DEL ASEGURADO

En mi calidad de asegurado, por medio de la presente autorizo a ASSA VIDA S.A., Seguros de Personas, para que en caso de que sea aprobada la reclamación, realice la transferencia de la suma determinada como indemnización según las condiciones del contrato de seguro, aceptando como válida esta forma de pago para dar por finiquitada por mi persona la obligación de ASSA VIDA S.A., Seguros de Personas, depositando en mi cuenta bancaria del BANCO AGRÍCOLA S.A.

|               |        |           |
|---------------|--------|-----------|
| No. de cuenta | Ahorro | Corriente |
|---------------|--------|-----------|

### CONDICIONES DE LA AUTORIZACIÓN DE PAGO

- En caso de no poseer cuenta con BANCO AGRÍCOLA S.A. autorizo a ASSA Vida S.A., Seguros de Personas a emitir el reembolso a través de la modalidad **boleta de pago**. (El pago a través de la modalidad boleta de pago estará disponible para su retiro, a partir de la fecha de notificación, en la agencia del BANCO AGRÍCOLA, S.A. de su preferencia únicamente presentándose con su DUI)
- La cuenta bancaria que he autorizado para la consignación fue de mi libre elección, y en ella tengo la calidad de titular.
- Si ASSA Vida S.A., Seguros de Personas encuentra la cuenta inactiva, cancelada o alguna inexactitud al confrontar la información de esta solicitud podrá, aplicar su pago a través de la modalidad boleta de pago.
- Exonero a ASSA Vida S.A., Seguros de Personas de toda responsabilidad por descuentos que puedan ser deducidos del reembolso pagado, derivado de saldos pendientes, servicios, comisiones entre otros; vinculados con la cuenta antes señalada y que sean independientes de la relación contractual que vincula a ASSA Vida S.A., Seguros de Personas.

### 3. SECCIÓN PARA SER COMPLETADA POR EL MÉDICO TRATANTE

|  |       |        |        |                                  |  |          |     |     |     |
|--|-------|--------|--------|----------------------------------|--|----------|-----|-----|-----|
| Nombre del paciente  |       |        |        |                                  |  |          |     |     |     |
| Fecha de nacimiento  | Día   | Mes    | Año    | Fecha de inicio de la enfermedad | Día  | Mes      | Año |     |     |
| Diagnóstico principal  |       |        |        |                                  |  |          |     |     |     |
| Otros Diagnósticos   |       |        |        |                                  |  |          |     |     |     |
| Observaciones del médico tratante                              |       |        |        |                                  |  |          |     |     |     |
| En caso de paciente femenino ¿Se debe la condición a embarazo? |       |        | SI     | NO                               | En caso afirmativo, fecha de inicio del embarazo |          | Día | Mes | Año |
| <b>SERVICIOS SUMINISTRADOS AL PACIENTE</b>                     |       |        |        |                                  |  |          |     |     |     |
| <b>CIRUGÍA</b>   |       |        |        | <b>ATENCIÓN MÉDICA</b>           |  |          |     |     |     |
| Paciente hospitalizado   |       |        |        | En consultorio del médico        |  |          |     |     |     |
| Ambulatoria en hospital  |       |        |        | Emergencia en hospital           |  |          |     |     |     |
| En consultorio del médico                                      |       |        |        | Domiciliar                       |  |          |     |     |     |
| Si hubo hospitalización  | Desde | Día    | Mes    | Año                              | Hasta  | Día      | Mes | Año |     |
| Nombre del hospital  |       |        |        |                                  |  |          |     |     |     |
| <b>DATOS DEL MÉDICO</b>  |       |        |        |                                  |  |          |     |     |     |
| Nombre   |       |        |        |                                  |  |          |     |     |     |
| DUI  | NIT   |        | E-mail |                                  |  | Teléfono |     |     |     |
| <b>EN CASO DE CRÉDITO</b>                                      |       |        |        |                                  |  |          |     |     |     |
| No. de Cuenta BANCO AGRICOLA, S.A.                             |       | Ahorro |        |                                  | Corriente  |          |     |     |     |

Firma y sello del médico \_\_\_\_\_

Fecha \_\_\_\_\_

### 4. SECCIÓN DE APROBACIÓN DEL CONTRATANTE

Firma y sello del contratante \_\_\_\_\_

Fecha \_\_\_\_\_