

Información del Reclamo



NOMBRE DEL TITULAR DE LA PÓLIZA

1

NOMBRE DEL PACIENTE

2

DIAGNÓSTICO O CONDICIÓN MÉDICA

3

FECHA DE PRIMER SÍNTOMA

4

FECHA DE PRIMERA CONSULTA CON DIAGNÓSTICO

5

MONTO TOTAL DE FACTURAS

6

\$

¿ES UN ALCANCE A UN RECLAMO PRESENTADO ANTES?

7

8

¿Esta solicitud de reembolso corresponde a una consulta anual de rutina?

9

¿Corresponde este reembolso a un accidente?

Si la respuesta es afirmativa por favor explique :

Lugar del Accidente :

¿El accidente fue causado por otra persona distinta al paciente? :

10

¿Esta solicitud corresponde a un caso de hospitalización?

Si la respuesta es afirmativa, por favor indique el nombre del hospital y la fecha de la hospitalización :

11

En caso asegurado disponga de dos planes con la compañía, favor indicar a qué plan aplica este reclamo

Si el asegurado aún no registra datos de cuenta bancaria (Indispensable completar)

Cuenta debe pertenecer exclusivamente a titular, no puede ser compartida

BANCO :

TIPO DE CUENTA BANCARIA:

NO. DE CUENTA BANCARIA:

INDICACIONES:

1) Adjuntar todos los soportes en 2 archivos PDF:

- Un archivo con las facturas para reembolsar
- Otro archivo con los soportes médicos (informes, órdenes, resultados)

2) Enviar  soluciones@protegaseguros.com

En nuestra página web puedes encontrar el manual de reclamos en detalle.