SOLICITUD DE REEMBOLSO DE GASTOS MÉDICOS
SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES

Instrucciones:
Facturar a nombre del asegurado y presentar las facturas en un plazo de 15 días. Para agilizar el trámite de su reclamo, conteste correctamente las siguientes preguntas, adjuntando facturas de los gastos incurridos por honorarios médicos, medicamentos, exámenes de laboratorio y gastos hospitalarios.

Nombre del Asegurado:

DPI: Fecha de Nacimiento:

Dirección:

Email: Teléfono: Celular:

Día y Hora del Accidente: Lugar:

Cómo ocurrió el Accidente:

Póliza No. Saldo:

Hospital donde fue atendido: Nombre del Médico:

Fecha Primera Consulta: Si hubo hospitalización indicar el número de días:

Fecha de Ingreso: Fecha de Egreso: Total de reembolso:

Para ser completado por el Médico Tratante
OBLIGATORIO

Lesiones sufridas:

Diagnóstico:

Detalle de tratamientos médicos recibidos o cirugías realizadas:

Procedimientos	Código	Unidades

Firma y sello del Médico que atendió al Asegurado

Firma y sello de la liga, colegio, instituto o empresa a la que pertenece

Observaciones del Médico Asesor:

Por este medio certifico que las respuestas que anteceden a las facturas adjuntas son verídicas y cabales, según mi leal saber y entender. Autorizo a todos los médicos, personas, clínicas, instituciones y otros para que suministren a SEGUROS UNIVERSALES, S.A. cualquier información, incluyendo copias exactas de sus archivos, (expedientes del paciente), exámenes de laboratorio, ultrasonido y rayos X, etc. pertenecientes a este reclamo hasta obtener toda la información necesaria. ESTOY ENTENDIDO Y ACEPTO QUE AL UTILIZAR EL SISTEMA DE REEMBOLSO, EL RECLAMO DEBE PASAR POR ANÁLISIS DE COSTO DEL MISMO.

Cheque a nombre de:

Fecha:

Firma del Asegurado

Seguros Universales, S.A. | 4ª Calle 7-73, Zona 9 | apdo. 01009 Guatemala, C.A.
Tel.: 2384 7400 | universales.com | info@universales.com

1789