

 RIF: J-30467796-0		PLANILLA DE SOLICITUD DE:																	
		REEMBOLSO ☐								CARTA AVAL ☐									
TIPO DE POLIZA		CONTRATANTE / TOMADOR								N° DE POLIZA									
INDIVIDUAL ☒																			
COLECTIVO ☐		NOMBRE DEL TITULAR								CEDULA DE IDENTIDAD DEL TITULAR									
BENEFICIARIO AFECTADO								PARENTESCO				CEDULA DE IDENTIDAD DEL BENEFICIARIO							
								TITULAR											
TELEFONOS (LOCAL Y PERSONAL)								CORREO ELECTRONICO											
* OBLIGATORIO EN CASO DE REEMBOLSO (SOLO TITULAR) *																			
DATOS BANCARIOS																			
* BANCO									* TIPO DE CUENTA										
									=										
NUMERO DE CUENTA																			
RECAUDOS CONSIGNADOS																			
REEMBOLSO									CARTA AVAL										
SOPORTE BANCARIO (COPIA DE CHEQUE/LIBRETA) ☐									PLANILLA DE DECLARACIÓN DE SINIESTRO ☐										
FOTOCOPIA DE LA CEDULA DE IDENTIDAD (TITULAR Y BENEFICIARIO) ☐									FOTOCOPIA DE LA CEDULA DE IDENTIDAD (TITULAR Y BENEFICIARIO) ☐										
FOTOCOPIA DE INFORME MEDICO ☐									ORIGINAL DE INFORME MEDICO ☐										
FOTOCOPIA DE RECIPES Y/O INDICACIONES MEDICAS ☐									PRESUPUESTOS DE CLINICAS AFILIADAS A HISPANA DE SEGUROS S.A. ☐										
FACTURAS ORIGINALES POR MEDICINAS ☐									INDICACIONES MEDICAS (EN CASO DE SOLICITAR UN ESTUDIO) ☐										
FACTURAS ORIGINALES POR HONORARIOS MEDICOS ☐																			
FACTURAS ORIGINALES POR ESTUDIOS REALIZADOS ☐									ORIGINAL DE RESULTADOS DE ESTUDIOS REALIZADOS (LABORATORIOS, RESONANCIA MAGNETICA NUCLEAR, RAYOS X, TOMOGRAFIAS, ETC) ☐										
FOTOCOPIA DE RESULTADOS DE ESTUDIOS REALIZADOS ☐																			
CARTA NARRATIVA AMPLIA Y DETALLADA (EN CASO DE ACCIDENTE) ☐																			
OTROS ☐									OTROS ☐										
AUTORIZO SIN RESERVA AL MEDICO QUE ME HAYA ATENDIDO Y A LA INSTITUCIÓN HOSPITALARIA, A PROPORCIONAR A HISPANA DE SEGUROS S.A. LA INFORMACION QUE ARRIBA SE ESPECIFICA O CUALQUIER OTRA QUE SOLICITE DICHA ASEGURADORA RELACIONADA A ESTE RECLAMO.																			
DIAGNOSTICO POR EL CUAL PRESENTA LA RECLAMACIÓN									FECHA DE OCURRENCIA DEL CASO										
MONTO A RECLAMAR									SELLO DE RECIBIDO										
FIRMA DEL TITULAR																			
