

Solicitud de reembolso



1. Para ser completado por el solicitante

Apellidos y nombres del contratante

DNI / CE

Correo electrónico

Apellidos y nombres del paciente

Forma de pago: Indicar cheque o transferencia bancaria

☐ **Transferencia bancaria**

Datos de la cuenta

Nombre del banco:

Tipo de cuenta (ahorros/corriente/otros):

Tipo de moneda (soles/dólares):

Número de cuenta (BBVA) o CCI (otros bancos):

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

☐ **Cheque a nombre del titular**

Firma del titular

2. Para ser completado por el médico tratante(*)

Síntomas y signos	Diagnóstico, exámenes y procedimientos	Fecha de atención
		CIE10
		Firma y sello

(*) No aplica en caso de sepelio