planvital

FORMULARIO DE REEMBOLSOS

(*Campos de registro obligatorio - En caso de no estar completo, no se procesará el reembolso.)

DATOS DEL TITULAR

Cédula / Pasaporte:

Apellidos: _____ **Nombres:** _____

Plan / N° de Contrato: _____

(Nota: Se procesará la información bajo el plan indicado)

(*) DETALLE DE FACTURAS PRESENTADAS:

Registrar gasto total por beneficiario con su respectivo diagnóstico.

(*) Paciente	(*) Diagnóstico	(*) Cantidad de facturas presentadas	(*) Valor total
		Monto total presupuestado	

ACTUALIZACIÓN DE DATOS

(*) Si su información cambió, proceder a actualizar: SI ☐ NO ☐

Correo electrónico: _____ **Celular:** _____

DATOS BANCARIOS

Tipo de cuenta: Cuenta Corriente: ☐ Cuenta de Ahorros: ☐

Banco: _____ **Número de cuenta:** _____

Nota: La cuenta para pago de reembolsos debe ser únicamente del titular del contrato.

Acepto que toda factura declarada y adjunta en este formulario es original y debe presentar: diagnósticos, soportes, firma y sello del médico tratante.

Toda la información es verdadera, razón por la que autorizo a PLAN VITAL VITALPLAN S.A. solicitar a quien haya asistido mediante sus servicios la información que considere necesaria para la evaluación y trámite de este documento, el mismo que generará un cargo administrativo.

_____ FIRMA TITULAR

_____ FIRMA Y SELLO DEL MÉDICO

Septiembre 2020