

Elaborado por: Subgerente Técnico

Revisado Por: Gerente de riesgo de Salud

Código: DT-FOR-001

Fecha Elaboración: Abril 2022

Rev.: N/A

Página: 1 de 3

Plan: ☐ Infinity Internacional ☐ Infinity Excess ☐ Silver Otros, especifique: _____**Información del Afiliado reclamante:**

Fecha Servicio: _____ Nombre Afiliado: _____

Tipo Afiliado: ☐ Titular ☐ Dependiente Código Afiliado: _____ No. Cédula: _____

Celular: _____ Correo Electrónico: _____

Servicio Realizado:☐ Consulta ☐ Laboratorios ☐ Estudios Especiales ☐ Emergencias ☐ Hospitalización
☐ Terapias ☐ Odontología ☐ Procedimientos ☐ Ambulatorios**Diagnostico:** _____**Servicio Realizado:** _____**Nombre Prestador:** _____**Nombre Médico Tratante:** _____Este servicio se relaciona con un diagnóstico previo: ☐ Si ☐ No

(En caso de respuesta afirmativa a la pregunta anterior, especificar diagnóstico.)

Motivo de reembolso:

Si estuvo hospitalizado especificar fecha: Desde _____ Hasta _____

Si este servicio se produjo a consecuencia de un accidente de tránsito indicar: ☐ Si ☐ No

(En caso de respuesta afirmativa a la pregunta anterior, especificar fecha del evento.)

Información de Pago(Vía de pago requere ☐ Pago Electrónico ☐ Cheque ☐**Datos de Cuenta:** Nombre Titular de cuenta _____

Cédula o pasaporte _____ No. Cuenta _____

Tipo cuenta: ☐ Ahorro ☐ Corriente Entidad Bancaria: _____

Monto Reclamado: _____

Fecha_____
Firma Empresa/Corredor_____
Firma Afiliado