FORMATO DE REEMBOLSO ARL SURA



Fecha: DD MM AAAA

Nombre completo del Trabajador: Antecedentes del caso (explique brevemente lo sucedido aclarando fechas, sintomatología, asistencia recibida, etc.): País de Fecha de DD MMM AAAA Valor Tipo	N° de caso: L							
Pérdida de Equipaje Demora de Equipaje Muerte de Nombre completo del Trabajador: Antecedentes del caso (explique brevemente lo sucedido aclarando fechas, intomatología, asistencia recibida, etc.): País de viaje: DD MM AAAA Valor de Viaje: Pecha Inicio de Viaje: DD MM AAAA Valor de Viaje: DD								
Nombre completo del Trabajador: Antecedentes del caso (explique brevemente lo sucedido aclarando fechas, intomatología, asistencia recibida, etc.): País de Viaje: País de Viaje: Procedentes del caso (explique brevemente lo sucedido aclarando fechas, intomatología, asistencia recibida, etc.): Procedentes del caso (explique brevemente lo sucedido aclarando fechas, intomatología, asistencia recibida, etc.): Procedentes del caso (explique brevemente lo sucedido aclarando fechas, intomatología, asistencia recibida, etc.): Procedentes del caso (explique brevemente lo sucedido aclarando fechas, intomatología, asistencia recibida, etc.): Procedentes del caso (explique brevemente lo sucedido aclarando fechas, intomatología, asistencia recibida, etc.): Procedentes del caso (explique brevemente lo sucedido aclarando fechas, intomatología, asistencia recibida, etc.): Procedentes del caso (explique brevemente): Banco: Banco: Cédula: Con la firma en esta solicitud declaro que conozco y acepto que el pago se realizará en pesos a la tasa de cambio de la fecha de radicación, igualmes as condiciones generales que reglementan la cobertura de la Asistencia Médica y acepto que la presente solicitud no implica compromiso de efectuar de la Asistencia Médica y acepto que la presente solicitud no implica compromiso de efectuar de la Asistencia Médica y acepto que la presente solicitud no implica compromiso de efectuar de la Asistencia Médica y acepto que la presente solicitud no implica compromiso de efectuar de la Compromiso de la fecha de radicación, igualmes as condiciones generales. Declaro personalmente no tener nada más que reclamar a GRUPO MOX COLOMBIA S. A. S. Nombre Completo del Solicitante: Dirección: Telefono:	os 🗌							
Antecedentes del caso (explique brevemente lo sucedido aclarando fechas, intomatología, asistencia recibida, etc.): País de la fecha de radicación, igualme la filma en esta solicitud declara que conozca y acepta que el pago se realizará en pesos a la tasa de cambio de la fecha de radicación, igualme la filma en esta solicitud declara que conozca y acepta que el pago se realizará en pesos a la tasa de cambio de la fecha de radicación, igualme la filma en esta solicitud declara que conozca y acepta que el pago se realizará en pesos a la tasa de cambio de la fecha de radicación, igualme la filma en esta solicitud declara que conozca y acepta que el pago se realizará en pesos a la tasa de cambio de la fecha de radicación, igualme la fecha de radicación, igualme la fecha de radicación en la cobertura de la Asistencia Médica y acepta que la presente solicitud no implica compromiso de efectuar el on lo establecido en las condiciones generales. Declaro personalmente no tener nada más que reclamar a GRUPO MOK COLOMBIA S. A. S. Nombre Completo del Solicitante: Dirección: Teléfono:	del Afiliado 🗌							
País de recibida, etc.): País de rolle recibidado: País de rolle recibidado: País de rolle recibidado: País de rolle recibidado: Mo AAAA Valor solicitado: Mo Ahorros: Corriente: Banco: A nombre de: On la firma en esta solicitud declaro que conozco y acepto que el pago se realizará en pesos a la tasa de cambio de la fecha de radicación, igualmer so condiciones generales que reglamentan la cobertura de la Asistencia Médica y acepto que la presente solicitud no implica compromiso de efectuar el on lo establecido en las condiciones generales. Declaro personalmente no tener nada más que reclamar a GRUPO MOK COLOMBIA S. A. S. Nombre Completo del Solicitante: Dirección: Teléfono:	Número de Identificación: Tipo							
viaje: asistencia: AAAA solicitado: Mo thorizo sea consignado el dinero de este reembolso en la Cuenta: Ahorros: Corriente: Número: Banco: A nombre de: Cédula:	DD MM AAAA							
viaje: asistencia: AAAA solicitado: Mo thorizo sea consignado el dinero de este reembolso en la Cuenta: Ahorros: Corriente: Número: Banco: A nombre de: Cédula:								
Número: A nombre de: Cédula: Con la firma en esta solicitud declaro que conozco y acepto que el pago se realizará en pesos a la tasa de cambio de la fecha de radicación, igualmenta so condiciones generales que reglamentan la cobertura de la Asistencia Médica y acepto que la presente solicitud no implica compromiso de efectuar el on lo establecido en las condiciones generales. Declaro personalmente no tener nada más que reclamar a GRUPO MOK COLOMBIA S. A. S. Nombre Completo del Solicitante: Dirección: Teléfono:	Tipo de Moneda:							
Número: A nombre de: Cédula: Con la firma en esta solicitud declaro que conozco y acepto que el pago se realizará en pesos a la tasa de cambio de la fecha de radicación, igualmentas condiciones generales que reglamentan la cobertura de la Asistencia Médica y acepto que la presente solicitud no implica compromiso de efectuar el on lo establecido en las condiciones generales. Declaro personalmente no tener nada más que reclamar a GRUPO MOK COLOMBIA S. A. S. Nombre Completo del Solicitante: Dirección: Teléfono:	·							
on la firma en esta solicitud declaro que conozco y acepto que el pago se realizará en pesos a la tasa de cambio de la fecha de radicación, igualmens sondiciones generales que reglamentan la cobertura de la Asistencia Médica y acepto que la presente solicitud no implica compromiso de efectuar el con lo establecido en las condiciones generales. Declaro personalmente no tener nada más que reclamar a GRUPO MOK COLOMBIA S. A. S. Nombre Completo del Solicitante: Dirección: Teléfono:	· 🗀							
s condiciones generales que reglamentan la cobertura de la Asistencia Médica y acepto que la presente solicitud no implica compromiso de efectuar el in lo establecido en las condiciones generales. Declaro personalmente no tener nada más que reclamar a GRUPO MOK COLOMBIA S. A. S. Nombre Completo del Solicitante: Dirección: Teléfono:								
Dirección:	ilmente declaro que conozco y a ur el reembolso, el cual deberá cu							
Teléfono:								
F-mail:								

SOPORTES REQUERIDOS PARA REEMBOLSO

Apreciado cliente, a continuación se listan los documentos requeridos por GRUPO MOK COLOMBIA S.A.S para la tramitación de la solicitud de reembolso que usted ha solicitado. Recuerde que de faltar alguno de los siguientes documentos no podrá iniciarse el proceso de reembolso solicitado.

Documentos	Gastos Médicos	Medicamentos	Traslados	Pérdida de equipaje	Demora de equipaje	Muerte del Afiliado
Copia del Pasaporte de los datos del beneficiario y						
de las fechas de salida del país.						
Formato reclamación.						
Copia Certificación Bancaria o extractos bancarios						
de la tarjeta.						
Tiquete Aéreo con facturas originales que cumplan						
con los requisitos fiscales correspondientes.						
Acta o Certificado de defunción del fallecido. En						
Traslados aplica para repatriación funeraria y						
regreso anticipado por fallecimiento de un familiar.						
Copia del acta de averiguación previa.						
Historia clínica y/o Epicirisis de la atención médica						
recibida o documentos que contengan datos del						
médico tratante, teléfono de contacto, mecanismo						
de lesión, diagnóstico, tratamiento y evolución.						
Estudios y/o análisis médicos.						
Recetas médicas.						
Copia facturas originales con los requisitos fiscales						
que correspondan.						
Comprobante de pago de la penalidad por cambio						
de vuelo original.						
Copia del comprobante o informe de pérdida por						
demora de equipaje expedido por la compañía de						
transporte (PIR).						
Ticket de documentación de equipaje.						
Copia de comprobante o recibo de pago por						
indemnización de la compañía de transporte.						
Copia de facturas por gastos realizados en artículos						
básicos de primera necesidad (Higiene y Ropa).						
Observaciones:						



gestiones.sura@grupomok.com

Calle 94a 13 - 42 10 Edificio Grupo MOK Bogotá, Colombia Tel. : 57 1 628 3600 Ext. 2155

www.grupomok.com.co

Revisado Div-Comercial: 7-01-2020 V1