

FORMATO DE REEMBOLSO ARL SURA



Fecha:

Simplificando tu vida.

Apreciado Cliente: Antes de enviar esta solicitud, agradecemos que revise detenidamente las condiciones particulares (certificado o voucher) del plan de asistencia que respalda su solicitud, de igual manera las condiciones generales y si su reclamación es procedente, por favor diligenciar este formato junto con los soportes correspondientes al tipo de reembolso que esté solicitando, según lo indicado en el cuadro anexo "Soportes requeridos para reembolsos".

Nº de caso:
Número diligenciado por APRIL Colombia

Ciudad:

Solicito reembolso por:

Gastos Médicos <input type="checkbox"/>	Medicamentos <input type="checkbox"/>	Traslados <input type="checkbox"/>
Pérdida de Equipaje <input type="checkbox"/>	Demora de Equipaje <input type="checkbox"/>	Muerte del Beneficiario <input type="checkbox"/>

Información del Viajero:

Nombre completo del viajero:

Número de Identificación:

Tipo:

<input type="checkbox"/> C.C.	<input type="checkbox"/> Pasaporte
<input type="checkbox"/> T.I.	<input type="checkbox"/> C.E.

Antecedentes del caso

(explique brevemente lo sucedido aclarando fechas, sintomatología, asistencia recibida, etc.) :

Fecha Inicio de Viaje:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

País de viaje: <input type="text"/>	Fecha de asistencia: <input type="text" value="DD"/> <input type="text" value="MM"/> <input type="text" value="AAAA"/>	Valor solicitado: <input type="text"/>	Tipo de Moneda: <input type="text"/>
-------------------------------------	--	--	--------------------------------------

Autorizo sea consignado el dinero de este reembolso en la Cuenta:

Ahorros:

Corriente:

Número: Banco:

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, igualmente declaro que conozco y acepto las condiciones generales que reglamentan la cobertura de la Tarjeta de Asistencia Médica y acepto que la presente solicitud no implica compromiso de efectuar el reembolso, el cual deberá cumplir con lo establecido en las condiciones generales. Declaro personalmente no tener nada más que reclamar a APRIL COLOMBIA ASISTENCIA S. A. S.

- Nombre Completo del Solicitante: _____
- Dirección: _____
- Teléfono: _____
- E-mail: _____
- Ciudad: _____
- Firma: _____
- Número de Identificación: _____

SOPORTES REQUERIDOS PARA REEMBOLSOS

Apreciado cliente, a continuación se listan los documentos requeridos por APRIL COLOMBIA ASISTENCIA 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 Beneficiario
Copia identificación.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Formato reclamación.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Certificación Bancaria.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tiquete Aéreo.			<input type="checkbox"/>			
Acta de defunción del fallecido. En Traslados aplica para repatriación funeraria y regreso anticipado por fallecimiento de un familiar			<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>
Certificado de defunción del fallecido. En Traslados aplica para repatriación funeraria y regreso anticipado por fallecimiento de un familiar			<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>
Copia del acta de averiguación previa.						<input type="checkbox"/>
Declaración de Beneficiarios.						<input type="checkbox"/>
Documentación que acredite vinculo familiar.						<input type="checkbox"/>
Informe médico (Historia clínica).	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>			
Estudios y/o análisis médicos.	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>			
Recetas médicas		<input type="checkbox"/>				
Comprobantes de los gastos médico erogados a consecuencia de enfermedad. (Facturas)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
Comprobante pago de la penalidad por cambio de vuelo original			<input type="checkbox"/>			
Comprobante/ informe de pérdida o demora de equipaje expedido por la compañía aérea (P.I.R)				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Ticket de documentación de equipaje.				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Recibo de indemnización expedido por la compañía aérea. (Original)				<input type="checkbox"/>		
Comprobante pago indemnizatorio de la aerolínea. (Original)				<input type="checkbox"/>		
Comprobantes de la causa externa cubierta por este seguro (según causales de la cobertura)						
Factura Original de gastos realizados por artículos de primera necesidad.					<input type="checkbox"/>	

Observaciones:

.....

.....

.....

.....



reembolsos@aprilcolombia.com
 gestiones.sura@aprilcolombia.com
 Tel. : 57 1 628 3600 Ext. 2318
 Bogotá, Colombia
 www.aprilcolombia.com

APRIL Colombia Asistencia S.A.S



Simplificando tu vida.