

Todos los campos de este formato deberán estar totalmente llenos con letra clara y legible. Sin borrones, tachones o enmendaduras

1. DATOS GENERALES

Ciudad _____ Fecha _____ Producto _____
 N° Contrato _____ Tipo de Solicitud de Reembolso Médico Técnico

2. DATOS PERSONALES

Datos del Titular Apellidos y Nombres _____
 Fecha de Nacimiento _____ C.I. _____

Datos del Beneficiario Apellidos y Nombres _____
 Fecha de Nacimiento _____ C.I. _____

Datos de contacto
 País/Ciudad _____ E-mail _____
 Dirección _____ Teléfono _____

Datos del contratante (aplica para productos Corporativos o Masivos)
 Razón Social _____ Fecha Inclusión _____

2.1 REEMBOLSO POR ASISTENCIA MÉDICA

Enfermedad Accidente

Fecha _____ Tratamiento y/o procedimiento realizado _____
 Diagnóstico definitivo _____
 Como ocurrió _____ Lugar _____

Documentación presentada (únicamente originales)

Facturas Respaldo de pago de facturas (voucher o balance en cero) Informe Médico Ordenes de Exámenes, resultados y facturas Recetas y facturas de Medicamentos

Nota * Si su asistencia fue realizada de manera particular (es decir no fue directamente coordinada por la Central de Asistencias) debe presentar de manera obligatoria todos los documentos detallados en la parte superior.

2.2 REEMBOLSO POR ASISTENCIA TÉCNICA

¿Cual fue el inconveniente en su viaje?
 Demora de equipaje Fecha Localización _____
 Pérdida definitiva de equipaje Regreso en fecha diferente por orden médica Regreso en fecha diferente por fallecimiento de un familiar

¿Cuándo fue el inconveniente en su viaje?
 Fecha _____

Documentación presentada (únicamente originales)

Facturas PIR (Property Irregularity Report) Carta de aerolínea Tickets aéreos
 Factura por diferencia en tarifa (ticket aéreo) Orden médica Acta de defunción

3. DETALLE DE FACTURAS

N° Factura	Emisor	Valor

Total

 Firma del Titular
 C.I.

 Empresa

 Broker/ Asesor

Blue Card pagará el reembolso únicamente a través de transferencia bancaria nacional, para lo cual el Titular deberá llenar la solicitud respectiva y adjuntar copia de su cédula de identidad.

4. DATOS BANCARIOS

Yo _____ Titular del contrato N° _____
con C.I. N° _____ Autorizo transferencia a la cuenta Cte. O de Ahorros
del Banco _____ Cta. No. _____
Titular de la cuenta _____ con C.I. N° _____

Firma del Titular
C.I.

5. INSTRUCTIVO PARA COMPLETAR ESTE FORMULARIO

Si su solicitud fue por asistencia médica:

- Complete el numeral 1, 2, 2.1 y 3 de este formulario.
- Adjuntar la documentación original señalada en el numeral 2.1.
- Presentar el formulario firmado y documentación de respaldo en las oficinas de BLUECARD.

Si su solicitud fue por demora o pérdida de equipaje:

- Complete el numeral 1, 2, 2.2 y 3 de este formulario.
- Adjuntar la documentación original señalada en el numeral 2.2, excepto Factura por diferencia en tarifa, orden médica y acta de defunción.
- Presentar el formulario firmado y documentación de respaldo en las oficinas de BLUECARD.

Si su solicitud fue por regreso en fecha diferente:

- Complete el numeral 1, 2, 2.3 y 3 de este formulario.
- Adjuntar la documentación original señalada en el numeral 2.3, excepto PIR, carta de aerolínea.
- Presentar el formulario firmado y documentación de respaldo en las oficinas de BLUECARD.

Si su solicitud fue por fallecimiento de familiar:

- Complete el numeral 1, 2 y 2.2.
- Adjuntar la documentación original señalada en el numeral 2.3, excepto PIR, carta de aerolínea y orden médica.
- Presentar el formulario firmado y documentación de respaldo en las oficinas de BLUECARD.

Nota: Las facturas deben cumplir con los requisitos estipulados en la ley de facturación

6. PARA USO INTERNO

Fecha de Recepción _____ Recibido por _____

N° Expediente _____ Enviado A _____ Aprobado Negado

Observaciones _____

