

SOLICITUD A SEGUROS AZUL VIDA, S.A. SEGUROS DE PERSONAS
PARA RECLAMACION DE SERVICIOS MEDICOS EN LABORATORIOS
(Formulario exclusivo para trámite de reclamo por Proveedor)

SECCION A: DATOS A SER COMPLETADOS POR EL ASEGURADO TITULAR

POLIZA No:		CERTIFICADO No.:	
CONTRATANTE :			
ASEGURADO:			
NOMBRE DEL PACIENTE:		PARENTESCO CON EL ASEGURADO:	
DECLARO HABER RECIBIDO LOS SERVICIOS PREVIAMENTE AUTORIZADOS POR SEGUROS AZUL VIDA, S.A. SEGUROS DE PERSONAS.			
F. _____ ASEGURADO		_____ FECHA	

SECCION B: DATOS A SER COMPLETADOS POR EL PROVEEDOR

NOMBRE DEL PROVEEDOR :

FECHA DEL SERVICIO:

FIRMA Y SELLO DEL PROVEEDOR

IMPORTANTE:

EL PROVEEDOR DEBERA PRESENTAR EL RECLAMO POR LOS SERVICIOS BRINDADOS ANEXANDO AL PRESENTE FORMULARIO (COMPLETADO EN ORIGINAL) LA SIGUIENTE DOCUMENTACION:

- ✓ COPIA DE AUTORIZACION EMITIDA POR SEGUROS AZUL VIDA, S.A. SEGUROS DE PERSONAS
- ✓ ORDEN MEDICA ORIGINAL
- ✓ FACTURA CONSUMIDOR FINAL DUPLICADO-CLIENTE A NOMBRE DE: SEGUROS AZUL VIDA, S.A. SEGUROS DE PERSONAS