

Fecha de entrega en Salud: DD / MM / AA

Selecciona el contrato al que deseas que se aplique tu reembolso:

SmartPlan / Corporativo

Pool

Datos del titular del contrato

Apellidos y Nombres: _____

Número de cédula / pasaporte: _____

Empresa donde trabaja el titular: _____

Nombre del Corredor: _____

En caso de existir novedades con tu reembolso, ¿cómo te contactamos?

 Teléfono celular: _____

Correo electrónico: _____

En caso de devolución, ¿dónde deseas que enviemos tus documentos?

Dirección: _____
Calle Principal, Urbanización / Ciudadela o Edificio (oficina) Numeración, Manzana y/o Villa

Referencia: _____

***Recuerda que se acreditará el valor del reembolso a la cuenta registrada del titular del contrato.**

Nombres y apellidos completos del / los paciente (s):

Detalle de documentos y valores presentados:

Cantidad de facturas físicas

Cantidad de facturas electrónicas (PDF)

Monto total presentado \$

Si tiene alguna duda recuerde que nos puede contactar

PBX: 60 20 920

Opc. 2

saludsa.com

Según las condiciones contractuales suscritas, por medio de la presente **AUTORIZO** a **SALUDSA** para que tenga acceso a toda la información médica: historia clínica, diagnósticos, resultados de exámenes y de imagen. Para tal efecto podrá consultar y solicitar la información a médicos, clínicas, hospitales, centros médicos, laboratorios y otras empresas de medicina prepagada y seguros de atención médica.

Firma del usuario

Lugar y fecha

Firma y sello de la empresa