



**Aseguradora Vivir, S.A.**  
Seguros de Personas

**Solicitud de Reembolso**

Paciente	Edad	DUI	Carnet No.
Titular		DUI	Póliza
Empresa	Teléfono		Monto reclamado

Procedimientos Ambulatorios

Consulta  Laboratorios y rayos X  Emergencia  Otro

Estudios especiales  Tipos de estudio

Solicitud de reembolso  Nueva  Continuación

Motivos / Síntomas / Diagnóstico

Historia clínica

Médico tratante

Hospitalización

Fecha de ingreso / día / mes / año

Fecha de salida / día / mes / año

Desde / día / mes / año

Hasta / día / mes / año

Hospital

¿Estuvo en cuidados intensivos?  Sí  No

Síntomas presentados

Diagnóstico final

Si se le practicó cirugía, favor describir

Nombre del médico

Especialidad

¿Tiene otros seguros que cubran esta reclamación?  Sí  No

Si la respuesta a la pregunta anterior es sí, favor indicar compañía (s) aseguradora (s)

NOTA: Favor leer detenidamente las instrucciones contenidas en el reverso de este formulario.

Firma del asegurado

Fecha / día / mes / año