

FORMULARIO DE REEMBOLSO DE ASISTENCIA



BLUECARD
tu tranquilidad es primero

Compañía de Salud
Prepagada del Ecuador

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 _____
Nº 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

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 ocurrio _____ Lugar _____

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 REEMBOS SOBRE ASISTÊNCIA TÉCNICA

¿Cuál fue el inconveniente en su viaje? Demora de equipaje Fecha Localización _____

Pérdida definitiva de equipaje Regreso en fecha diferente Regreso en fecha diferente por
por orden médica 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

Firma del Titular
CI

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

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, 2.2 y 3 de este formulario.
- Adjuntar la documentación original señalada en el numeral 2.2, 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 2.2, 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 _____
Nº Expediente _____ Enviado A _____ Aprobado Negado
Observaciones _____

TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES: A la suscripción de este instrumento entiendo y declaro que se me ha explicado respecto al tratamiento de mis datos personales con motivo de la solicitud de reembolso. La finalidad de los mismos está relacionada a que BLUECARD ECUADOR S.A.S. realice la revisión y valide el valor que solicito por reembolso. Declaro también que se me ha informado respecto a mis derechos de acceso, rectificación, eliminación, oposición, y demás previstos en la Ley Orgánica de Protección de Datos Personales. También conozco que el presente consentimiento lo puedo revocar en cualquier momento. Cualquier notificación se la remitirá por medio de una solicitud al correo: proteccióndedatos@bluecard.com.ec, en el que se especificará nombres completos, número de contrato y detalle claro y concreto del pedido. Es de mi conocimiento que, aunque la relación contractual termine, BLUECARD ECUADOR S.A. podrá reservar mi información por el tiempo de 5 años adicionales, para efectos de reclamos administrativos o auditorías de los entes de control.