



FORMATO DE REEMBOLSO DE SERVICIOS DE ASISTENCIA DOMICILIARIA

Fecha de Vigencia

___/___/___

Versión: 01

1. INFORMACIÓN DEL SOLICITANTE

FECHA DE SOLICITUD DE SERVICIO D D / M M / A A A A

ASEGURADO (Nombre completo o razón social del titular de la póliza)

CÉDULA O NIT NO. DE PÓLIZA NO. DE

(Número de preaprobación brindado a través de la línea de atención)

PREAPROBACIÓN

2. CUENTA DE COBRO

FECHA DE ELABORACIÓN D D / M M / A A A A

IKÉ ASISTENCIA COLOMBIA S.A NIT 900106251-3

DEBE A (Nombre completo o razón social del titular de la póliza)

LA SUMA DE (Valor en letras)

\$

(Valor en números) CÉDULA O NIT DE

DESCRIPCIÓN DETALLADA

Descripción detallada de los elementos reparados o modificados, especificando materiales utilizados con sus respectivos costos y cantidad.

Por favor solo diligencie estos campos en blanco si usted no cuenta con una factura.

3. CONCEPTO DE SOLICITUD

HOGAR

COPROPIEDAD

Plomería


Electricidad

Vidriería

Cerrajería

Otros cuál?

FECHA DEL SERVICIO DD / MM / AAAA

POR CONCEPTO DE	(Nombre del servicio de reparación)	
 PREVISORA <small>SEGUROS</small>	FORMATO DE REEMBOLSO DE SERVICIOS DE ASISTENCIA DOMICILIARIA	Fecha de Vigencia 2017/Oct/02
		Versión: 01
DESCRIPCIÓN DETALLADA DE LA REPARACIÓN:		
A) HOGAR O COPROPIEDAD: Descripción del diagnóstico especificando procedimiento realizado, elementos cambiados y materiales utilizados.		

NOMBRE DEL PROVEEDOR

CONTACTO

FOTOGRAFÍAS DE LA REPARACIÓN:	(Que justifiquen la descripción de la reparación)

4. DATOS FINANCIEROS PARA PAGO

Realizar pago a través de		Efecty <input type="checkbox"/>	Banco <input type="checkbox"/>	Cuenta No.
Tipo de cuenta	Ahorros <input type="checkbox"/>	Corriente <input type="checkbox"/>	Entidad bancaria	
Tipo de Pago	Páguese a	(Nombre completo o razón social del titular de la póliza)		
	Identificación			
	Transferencia Bancaria (anexar certificación bancaria)			
Pago a terceros (Copropiedades y/o personas naturales) (anexar autorización de pago a terceros)				
Notas: Los pagos a través de Efecty se realizan para montos desde \$20.000 hasta \$500.000 M/Cte.				

OBSERVACIONES

Recomendaciones

Por favor recordar que solo se procederá al pago del reembolso una vez se obtenga la documentación completa siempre y cuando éste sea aprobado según lo contemplado en el clausulado de Asistencia Domiciliaria de su póliza. Los pagos se realizan al octavo día hábil de haber recibido la documentación completa, el primer día hábil es contado a partir de la fecha siguiente a la radicación. Tener en cuenta que si este documento no es debidamente diligenciado, se solicitará nuevamente la información detallada. En caso de no contar con datos del proveedor, el estudio se realizará con base en el tarifario interno por tipo de servicio.

FIRMA Y NOMBRE DEL SOLICITANTE:

C.C.

TELÉFONO DE CONTACTO:

DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA:

CORREO ELECTRÓNICO:
