



AFOCAT LIMA METROPOLITANA

SOLICITUD DE REEMBOLSO

Exp:

GASTOS MEDICOS

SEPELIO

Para ser llenado por el solicitante:

Nombres y Apellidos _____ DNI: _____

Dirección: _____

Parentesco Accidentado Cónyuge Hijo Padre Madre Otro

Datos del accidente:

Nombre y Apellidos: _____

(si es el mismo solicitante dejar en blanco)

Fecha del accidente: _____

Nº de placa: _____ Nº CAT: _____

Documentacion que se adjunta:

Así mismo, autorizo a la AFOCAT LIMA METROPOLITANA a que se me notifique mediante carta de respuesta, la cual será:

enviada a domicilio

enviado a correo electronico

recogida en oficina

vía web

(Firma)

Fecha

DNI

NOTA:

Documentos que debe adjuntar a la solicitud

- Copia de DNI de la víctima y del solicitante.
- Copia del documento que acredite la representación o parentesco, en caso de ser solicitado por un tercero.
- Copia certificada de denuncia policial.

Requisitos para Gastos Médicos

- Copia del informe médico o Historia Clínica.
- Originales de comprobantes de pago de los gastos efectuados.
- Ordenes y/o recetas médicas que sustenten la compra de medicinas y/o atenciones.
- Resultado de exámenes auxiliares (Tomografía, ecografía, RX, etc.)

Requisitos para Sepelio

- Copia del certificado de defunción.
- Originales de comprobantes de pago de los gastos efectuados

