



## 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

## FORMATO PARA REEMBOLSO DE GASTOS MEDICOS Y MEDICINAS



**AFOCAT**  
**LIMA METROPOLITANA**

**SINIESTRO N°:** \_\_\_\_\_ **FECHA DE ACCIDENTE:** \_\_\_\_\_

**PLACA :** \_\_\_\_\_

**PACIENTE :** \_\_\_\_\_

### REQUISITOS NECESARIOS:

Solicitud dirigida al AFOCAT LIMA METROPOLITANA.

Original y una copia de comprobantes de pago, a nombre del accidentado (boletas o facturas)

Original y una copia de las recetas medicas que sustente la compra de medicinas.

Original y una copia de: Ordenes medicas y resultados de los exámenes auxiliares (radiografías, ecografías, u otro examen, mas comprobantes de pago.)

Copia del D.N.I. vigente del paciente y/o de un Familiar.

En los casos que el accidentado, sea menor de edad, se debera presentar partida de nacimiento, junto con la copia de D.N.I. vigente de uno de los padres

Informe Medico

Marcar con un aspa, si es factura, boleta, si es pago en soles o dolares, escribiendo el N° y monto

BOLETA	FACTURA	N° DE BOLETA O FACTURA	SOLES	DOLARES	MONTO

**NOTA:** Todos los comprobantes seran auditados previamente por el departamento de Siniestros del AFOCAT LIMA METROPOLITANA, quien se reserva la posibilidad de solicitar documentacion adicional para verificar la informacion.

**FIRMA DEL SOLICITANTE Y N° DE D.N.I.:** \_\_\_\_\_