AFOCAT LIMA METROPOLITANA

FORMATO PARA REEMBOLSO DE GASTOS MEDICOS Y MEDICINAS

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 examenes auxiliares (radiografias, ecografias, 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
Copia certificada denuncia policial
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.:_____