

**SISTEMA DE GESTION DE CALIDAD**Versión : 01  
Código : F-GC-42  
Fecha : 29/10/2019  
Página 1 de 1**REEMBOLSO - ASISTENCIA AL VIAJERO****Datos del Beneficiario para gestionar reembolso**

Nombre y apellido completo:

Nº de documento:

Nº de Socio:

Fecha de atención médica:

Fecha de llamado a la central operativa:

Nº de expediente (dato brindado por la central operativa):

País y ciudad en donde fue asistido:

Hospital o Médico tratante:

Patología/enfermedad o accidente ocurrido:

Monto total abonado a reembolsar:

Número de celular donde podemos contactarlo:

Número adicional:

**Adjuntar los siguientes documentos:**

1

**Imagen de Documento de Identidad (CI-PASAPORTE)**  
En caso de ser menor, debe estar adjuntada del padre responsable

2

**Reintegro de gastos de Atención Médica:** Honorarios médicos y sanatoriales, estudios, traslados.

3

**Reintegro de gastos de Atención Ambulatoria:** Constancia médica con diagnóstico, en caso de internación Informe Médico completo, Informe médico, orden médica o historia clínica según corresponda a la complicación sufrida por el pasajero, factura en concepto de la cancelación de los gastos efectuados por asistencia médica.

4

**Reintegro de gastos de medicación:** Receta o copia de la misma, factura en concepto de la compra de la medicación recetada.

5

Relato de los hechos.

**Observación:** Para acceder a la cobertura y/o solicitar un reintegro es **fundamental** realizar el llamado telefónico para solicitar la asistencia y obtener la autorización de la Central Operativa (Universal Assistance) antes de tomar cualquier iniciativa o comprometer cualquier gasto.

En caso de que el beneficiario por razones de fuerza mayor **plenamente justificadas**, no pudiera obtener la autorización previa de la prestadora para su atención, deberá ponerse en contacto con la central operativa dentro del plazo improrrogable de 48 horas de ocurrido el suceso o atención médica.