SOLICITUD DE REEMBOLSO MedicAll

Allianz

FECHA DE RADICACION _____ **PRODUCTO** PLUS ☐ PLUS PESOS ☐ GOLD ☐ CARE ☐ GROUP ☐

IDENTIFICACION ASEGURADO PRINCIPAL	CC ☐ CE ☐ TI ☐ RC ☐ PASAPORTE ☐		
NOMBRE ASEGURADO PRINCIPAL			
DIRECCION		CIUDAD	
TELEFONO		CORREO ELECTRONICO	
IDENTIFICACION ASEGURADO AFECTADO	CC ☐ CE ☐ TI ☐ RC ☐ PASAPORTE ☐		
NOMBRE ASEGURADO AFECTADO			
POLIZA		ASESOR	

TIPO DE SERVICIO RECLAMADO (MARQUE CON UNA X EL SERVICIO RECLAMADO)

VALOR SOLICITADO A REEMBOLSAR				**MONEDA**			
CONSULTA MEDICA	☐	MEDICAMENTOS	☐	HOSPITALIZACION Y CIRUGIA	☐	EXEQUIAS	☐
TERAPIAS	☐	URGENCIAS	☐	EXAMENES DE DIAGNOSTICO Y LABORATORIOS	☐	RENTA CLINICA Y CONVALECENCIA	☐

OBSERVACIONES

DILIGENCIE ESTA INFORMACION SI ES LA PRIMERA VEZ QUE SOLICITA UN REEMBOLSO O SI DESEA MODIFICAR LA INFORMACION BANCARIA REGISTRADA EN LA COMPAÑÍA.

El diligenciamiento del presente formato NO implica un compromiso de pago o aceptacion de la obligacion por parte de Allianz Segursos S.A./Allianz Seguros de Vida S.A., a favor del suscriptor.

Yo_____ identificado(a) con cédula de ciudadanía/de extranjería o Nit. No. _____

autorizo a Allianz Seguros S. A/ Allianz Seguros de Vida S.A. a consignar la suma de dinero que dicha compañía me adeuda por concepto de_____

en mi cuenta bancaria que mas adelante relaciono; o autorizo que el valor sea consignado al Sr (a) _____

identificado con la cédula de ciudadanía /de extranjería o Nit. No. _____ con nacionalidad _____

en la cuenta bancaria que se indica a continuacion:

TIPO DE CUENTA **Ahorros** ☐ **Corriente** ☐

CODIGO ENTIDAD FINANCIERA (según relación) ☐☐☐ **NUMERO DE CUENTA** (Validar según relacion) ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

NOTA: NO SE ACEPTAN CUENTAS BANCARIA COMPARTIDAS. PARA PERSONAS JURIDICAS DEBE ANEXAR FOTOCOPIA DE CERTIFICADO DE CAMARA DE COMERCIO.

En caso excepcional de no contar con una cuenta bancaria podrá solicitar que el pago se realice a través del convenio existente con Bancolombia en veintitres (23) oficinas de la red nacional.

Bancolombia: **Cheque** ☐ **Efectivo** ☐ **Nota:** Para el pago en cheque recuerde que cuenta con cuarenta y cinco (45) días para reclamarlo.

Si usted es una personal natural recuerde que el monto máximo a pagar en efectivo es de diez millones de pesos ($10,000,000), si supera este valor, la totallidad del pago se hará a través de cheque. Si usted es una persona jurídica recuerde que la totalidad del pago se hará a través de cheque.

Desea que esta informacion bancaria sea aplicada a los reembolsos futuros ? **si** ☐ **no** ☐

FIRMA ASEGURADO PRINCIPAL

ENTIDAD	CÓDIGO	VALIDACIÓN CUENTA	
		CORRIENTE	AHORRO
Banco de Bogotá	001	9 dígitos	9 dígitos
Banco Popular	002	9 ó 12 dígitos	9 ó 12 dígitos
Banco Santander	006	9 dígitos	9 dígitos
Bancolombia	007	11 dígitos	11 dígitos
Scotiabank Colombia	008	10 dígitos	10 dígitos
Citibank	009	10 dígitos	10 dígitos
HSBC	010	9 ó 15 dígitos	9 ó 15 dígitos
Banco GNB Sudameris	012	8 dígitos	8 ó 11 dígitos
Banco Ganadero BBVA	013	9, 12, 14 ó 16 dígitos	9, 10, 12, 14 ó 16 dígitos
Helm Bank	014	9 dígitos	9 dígitos

ENTIDAD	CÓDIGO	VALIDACIÓN CUENTA	
		CORRIENTE	AHORRO
Banco Colpatria	019	10 dígitos	10 ó 12 dígitos
Banco de Occidente	023	9 dígitos	9 dígitos
Bancoldex	031		
Banco Caja Social	032	11 ó 12 dígitos	11 ó 12 dígitos
Davivienda	051	9 ó 12 dígitos	9 ó 12 dígitos
AV Villas	052		9 ó 13 dígitos
Procredit	058		
Banco Pichincha	060	9 dígitos	9 dígitos
Coomeva	061	12 dígitos	12 dígitos
Falabella S.A.	062		
Finandina S.A.	063		

*Para Banco Agrario la red ACH no tiene una estructura definida, por lo cual se recomienda no incluir esas cuentas.

Allianz Seguros S.A., Allianz Seguros de Vida S.A., no se hace responsable por eventuales retrasos o demoras que se presenten en la realización de los pagos o transferencias debido a inexactitudes en la información consignada por el beneficiario del pago en el presente formato.