FORMATO DE REEMBOLSO
EG ASSIST
VIAJE INTERNACIONAL

Fecha: DD MM AAAA

Apreciado Cliente: Antes de enviar esta solicitud, agradecemos que revise detenidamente las condiciones particulares (condicionado) del plan de asistencia que respalda su solicitud, de igual manera las condiciones generales y si su reclamación es procedente, por favor diligenciar este formato junto con los soportes correspondientes al tipo de reembolso que esté solicitando, según lo indicado en el cuadro anexo "Soportes requeridos para reembolsos".

N° de caso: _____
Número diligenciado por EG ASSIST

Ciudad: .....

Solicito reembolso por: .....

Gastos Médicos ☐	Medicamentos ☐	Traslados ☐
Pérdida de Equipaje ☐	Demora de Equipaje ☐	Muerte del Beneficiario ☐

Información del Viajero:

Nombre completo del Beneficiario: .....

Número de Identificación: ..... Tipo: C.C. ☐ Pasaporte ☐ T.I. ☐ C.E. ☐

Correo electrónico: .....

Número de teléfono: .....

Ciudad de residencia: .....

Dirección de residencia: .....

Antecedentes del caso
(explique brevemente lo sucedido aclarando fechas, sintomatología, asistencia recibida, etc.) :

Fecha incio de viaje: DD MM AAAA

.....

.....

.....

.....

.....

País de viaje: _____ Fecha de asistencia: DD MM AAAA Valor solicitado: _____ Tipo de Moneda: _____

Autorizo sea consignado el dinero de este reembolso en la Cuenta: Ahorros: ☐ Corriente: ☐

Número: _____ Banco: .....

A nombre de: ..... Cédula: _____

Moneda que recibe la cuenta: .....

Con la firma en esta solicitud declaro que conozco y acepto que el pago se realizará en pesos a la tasa de cambio de la fecha de radicación, igualmente declaro que conozco y acepto las condiciones generales que reglamentan la cobertura de la Tarjeta de Asistencia Médica y acepto que la presente solicitud no implica compromiso de efectuar el reembolso, el cual deberá cumplir con lo establecido en las condiciones generales. Declaro personalmente no tener nada más que reclamar a EG ASSIST.

Si la cuenta bancaria corresponde a un tercero diferente al titular, se debe diligenciar estos campos:

Datos del tercero autorizando para recibir la consignación:

Número: .....

Tipo de identificación: C.C | C.E | PA | TI Número de documento: .....

Número de contacto: ..... Ciudad de residencia: .....

Firmas de autorización de tratamiento de datos: (Lo debe hacer firmar el titular y el tercero si lo hay)

Autorizo el tratamiento de mis datos personales a EG ASSIST, conforme a la Ley 1581 de 2012, para efectos del desembolso solicitado. He sido informado sobre mis derechos como titular y sobre la política de protección de datos disponible en www.grupomok.com		Autorizo a EG ASSIST. a tratar mis datospersonales en el marco del proceso de debida diligencia,conforme a [La Ley 1581 de 2012 y a lo establecido en sus sistemas SAGRILAFT y PTEE. He sido informado sobre mis derechos de acceso, rectificacién, actualización y supresión, así como sobre la política de protección de datos disponible www.grupomok.com	
FIRMA TITULAR:		FIRMA TERCERO AUTORIZADO:	

SOPORTES REQUERIDOS PARA REEMBOLSO

Apreciado cliente, a continuación se listan los documentos requeridos por EG ASSIST para la tramitación de la solicitud de reembolso. Recuerde que de faltar alguno de los siguientes documentos no podrá iniciarse el proceso de reembolso solicitado. La documentación se debe enviar al correo electrónico: refunds@egassist.com

Documentos	Gastos Médicos	Medicamentos	Traslados	Pérdida de equipaje	Demora de equipaje	Muerte del Beneficiario
Copia del Pasaporte de los datos del beneficiario y de las fechas de salida del país.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Formato reclamación.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Copia Certificación Bancaria o extractos bancarios de la tarjeta.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Tiquete Aéreo con facturas originales que cumplan con los requisitos fiscales correspondientes.			☐			
Acta o Certificado de defunción del fallecido. En Traslados aplica para repatriación funeraria y regreso anticipado por fallecimiento de un familiar.			☐			☐
Copia del acta de averiguación previa.						☐
Declaración de Beneficiarios.						☐
Documentación que acredite vínculo familiar.						☐
Historia clínica y/o Epicirisis de la atención médica recibida o documentos que contenga datos del médico tratante, teléfono de contacto, mecanismo de lesión, diagnóstico, tratamiento y evolución.	☐	☐	☐			

Documentos	Gastos Médicos	Medicamentos	Traslados	Pérdida de equipaje	Demora de equipaje	Muerte del Beneficiario
Estudios y/o análisis médicos.	☐		☐			
Recetas médicas.		☐				
Copia facturas originales con los requisitos fiscales que correspondan.	☐	☐				☐
Comprobante de pago de la penalidad por cambio de vuelo original.			☐			
Copia del comprobante o informe de pérdida por demora de equipaje expedido por la compañía de transporte (PIR).				☐	☐	
Ticket de documentación de equipaje.				☐	☐	
Copia de comprobante o recibo de pago por indemnización de la compañía de transporte.				☐		
Copia de facturas por gastos realizados en artículos básicos de primera necesidad (Higiene y Ropa).					☐	

Observaciones:

.....

.....

.....

.....