



# planvital

## Formulario de Reembolso



Nuevo

Reembolso Digital. **Gestionalo fácilmente** desde el portal **Mi Cuenta**

[« Descubre cómo](#)

### (\*) DATOS DEL TITULAR

**Cédula / Pasaporte:** \_\_\_\_\_

**Apellidos:** \_\_\_\_\_ **Nombres:** \_\_\_\_\_

**Plan / N° de Contrato:** \_\_\_\_\_

(Nota: Se procesará la información bajo el plan indicado)

### (\*) DETALLE DE FACTURAS PRESENTADAS:

Registrar gasto total por beneficiario con su respectivo diagnóstico.

(*) Paciente	(*) Diagnóstico	(*) Cantidad de facturas presentadas	(*) Valor total
Monto total presupuestado			

### ACTUALIZACIÓN DE DATOS

(\*) Si su información cambió, proceder a actualizar: SI  NO

**Correo electrónico:** \_\_\_\_\_ **Celular:** \_\_\_\_\_

### (\*) DATOS BANCARIOS

**Tipo de cuenta:** Cuenta Corriente:  Cuenta de Ahorros:

**Banco:** \_\_\_\_\_ **Número de cuenta:** \_\_\_\_\_

La cuenta para pago de reembolsos debe ser únicamente del titular del contrato. En caso de que los datos arriba detallados pertenezcan a un tercero, en mi calidad de Titular, autorizo expresamente a PLAN VITAL VITALPLAN S.A. a realizar cualquier pago por el concepto de reembolso a dicha cuenta. La transferencia a la cuenta se entenderá como pago satisfecho.

Acepto que toda factura declarada y adjunta en este formulario es original y debe presentar: diagnósticos, soportes, firma y sello del médico tratante.

Toda la información es verdadera, razón por la que autorizo a PLAN VITAL VITALPLAN S.A. solicitar a quien haya asistido mediante sus servicios la información que considere necesaria para la evaluación y trámite de este documento, el mismo que generará un cargo administrativo.

\_\_\_\_\_  
(\*) FIRMA TITULAR

\_\_\_\_\_  
(\*) FIRMA Y SELLO DEL MÉDICO