

## SOLICITUD REEMBOLSOS E INSCRIPCIÓN DE CUENTAS PARA TRANSFERENCIAS BANCARIAS

Fecha de radicación	<input type="text" value="Día"/> <input type="text" value="Mes"/> <input type="text" value="Año"/>	Producto	Pólizas de salud <input type="checkbox"/> Medicina Prepagada <input type="checkbox"/>
---------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------	----------	---------------------------------------------------------------------------------------

### DATOS DEL ASEGURADO PRINCIPAL

Nombres y apellidos		Tipo de identificación		C.C. <input type="checkbox"/>	C.E. <input type="checkbox"/>	T.I. <input type="checkbox"/>	R.C. <input type="checkbox"/>	Pas. <input type="checkbox"/>
No. de identificación		Dirección				Ciudad		
Tel. fijo		Celular		Correo electrónico				

### DATOS DEL ASEGURADO AFECTADO

Nombres y apellidos		Tipo de identificación		C.C. <input type="checkbox"/>	C.E. <input type="checkbox"/>	T.I. <input type="checkbox"/>	R.C. <input type="checkbox"/>	Pas. <input type="checkbox"/>
No. de identificación		No. de contrato		Valor solicitado a reembolsar				
Consulta médica <input type="checkbox"/>	Servicios médicos ambulatorios <input type="checkbox"/>	Servicios médicos hospitalarios <input type="checkbox"/>	Exámenes diagnósticos y laboratorios <input type="checkbox"/>	Otro <input type="checkbox"/>	¿Cuál?			

### MOTIVO DE SOLICITUD DE REEMBOLSO

El diligenciamiento del presente formato NO implica un compromiso de pago o aceptación de la obligación por parte de AXA COLPATRIA Medicina Prepagada y AXA COLPATRIA Seguros de Vida S.A., a favor del suscriptor. En caso de que el usuario afectado sea un menor de edad, la única persona autorizada para solicitar el reembolso será el titular del contrato, así mismo la cuenta reportada deberá ser la del titular, para otros beneficiarios del contrato mayores de edad podrá ser el mismo quien solicite el reembolso.

Yo \_\_\_\_\_ identificado(a) con \_\_\_\_\_ No. \_\_\_\_\_ autorizo a AXA COLPATRIA Medicina Prepagada / AXA COLPATRIA Seguros de Vida S.A. a consignar la suma de dinero que dicha compañía me adeuda en mi cuenta bancaria que más adelante relaciono.

Autorizo la notificación del pago o respuesta sobre la solicitud al correo registrado en la parte superior del formato.

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

Nombre de la entidad bancaria										
Tipo de cuenta	Ahorros <input type="checkbox"/>	Corriente <input type="checkbox"/>	Número de cuenta	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

### DATOS DEL TITULAR DE LA CUENTA

Nombres y apellidos completos y/o razón Social		Tipo de identificación		C.C. <input type="checkbox"/>	C.E. <input type="checkbox"/>	T.I. <input type="checkbox"/>	R.C. <input type="checkbox"/>	Pas. <input type="checkbox"/>
No. de identificación		Dirección				Ciudad		
Tel. fijo		Celular		Correo electrónico				
Información tributaria	Gran Contribuyente <input type="checkbox"/>	Régimen común <input type="checkbox"/>	Régimen simplificado <input type="checkbox"/>	Persona Natural <input type="checkbox"/>	Persona Jurídica <input type="checkbox"/>	¿Autoretenedor? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		
¿Desea que esta información bancaria sea aplicada a los reembolsos futuros?				Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>				

### CONSIDERACIONES

Entiendo que este es un servicio a través del cual autorizo para que consignen a mi cuenta bancaria los pagos que se hayan originado por diferentes conceptos a mi favor.

**NOTA:** No se aceptan cuentas bancarias compartidas. Para personas jurídicas debe anexar fotocopia de certificado de Cámara de Comercio. No se aceptan transferencias de Daviplata, Nequi o cuentas internacionales.

\_\_\_\_\_  
NOMBRE DEL SOLICITANTE DEL REEMBOLSO

\_\_\_\_\_  
FIRMA DEL SOLICITANTE DEL REEMBOLSO