

Formulario de reembolso del seguro de enfermedad para vendedores con ceguera

Nombre del vendedor _____

Nombre del paciente _____

Fecha de envío _____

Tipo de servicio médico

Consulta con el médico Medicina especializada

Consulta con el dentista Atención psicológica/Asesoría

Vista Equipo

Receta Transporte

Seguro médico

Nombre, dirección y número de teléfono del lugar donde se prestaron los servicios

¿El proveedor o familiar está cubierto por otro seguro? Sí No

En caso afirmativo, proporcione la información del seguro.

Total pagado por el vendedor \$ _____

Total pagado por el seguro \$ _____

Adjunte TODOS los recibos correspondientes a los reembolsos solicitados.

Si usted o sus dependientes están cubiertos por otro seguro, adjunte una copia de lo que cubre su compañía aseguradora.

Es responsabilidad del Vendedor proporcionar la prueba de pago por sí mismo y/o por parte de la compañía de seguros.