

SAGICOR COSTA RICA

Anexo 4: Formulario de Reembolso (Excepciones AMS - **Salud** y **Bienestar**)

SAGICOR COSTA RICA

FORMULARIO DE REEMBOLSO - **AMS - SALUD & BIENESTAR**

NOMBRE DEL TOMADOR:

NRO. DE PÓLIZA DEL TOMADOR:

NOMBRE COMPLETO: _____

IDENTIFICACIÓN: _____

CÉDULA JURÍDICA:

FECHA DE NACIMIENTO: ____/____/____

LUGAR DE RESIDENCIA

Provincia: _____

Cantón: _____

Distrito: _____

LUGAR DE TRABAJO

Provincia: _____

Cantón: _____

Distrito: _____

RAZÓN DE SOLICITUD DE REEMBOLSO (SELECCIONAR UNA)

Distancia (Mayor a 6km de Lugar de Residencia o Lugar de Trabajo).

Disponibilidad o Preferencia (Por temas de horario o preferencia de Tipo de Entrenamiento).

Queja (Situación particular presentada con algún Proveedor de Servicio AMS).

Afectación personal (Favor aclarar a continuación).

Otro (Favor aclarar a continuación).

COMENTE BREVEMENTE, SI APLICA

INFORMACIÓN DEL CENTRO DE ENTRENAMIENTO PARA EL REEMBOLSO

Tipo (seleccione a continuación):

Costo de Mensualidad (CRC): _____

Nombre del Centro: _____

Gimnasio

Ejercicios Funcionales

Yoga

Baile

Otro: _____

Dirección exacta: _____

Información de Contacto Disponible, de estar disponible:

Teléfono(s): _____

Nombre(s): _____

Email(s): _____

Sitio web: _____

Perfil de Facebook: _____

Firma
Fecha
Nombre del Asegurado
Identificación