

## AVISO DE RECLAMACIÓN

Hola, Leonardo

En este documento encontrarás la información detallada y requisitos para el estudio de tu reclamación.

### INFORMACIÓN BÁSICA DE LA PÓLIZA

Número póliza 083000817686	Número reclamación 0830089245315
Oficina radicación PROMOTORA CIUDAD JARDIN	Producto 083
Fecha reclamación 18-FEB-2022	Vigencia Desde 17-MAR-2015 Hasta 28-FEB-2022



### INFORMACIÓN DEL TOMADOR (RESPONSABLE DEL PAGO)

Nombres y apellidos o razón social SERMECAD S.A.S	Tipo ID NIT	Número 8050076595
--	----------------	----------------------

### INFORMACIÓN DEL ASEGURADO

Nombres y apellidos o razón social LEONARDO CORTES PAYAN	Tipo ID CÉDULA	Número 16843075
Dirección CL 36 N # 2 A 64	Ciudad CALI	Departamento VALLE DEL CAUCA - COLOMBIA
Teléfono 3158954833	Email	

### RESUMEN DE LO OCURRIDO

Fecha evento 15-FEB-2022	Causa OJO Y SUS ANEXOS
-----------------------------	---------------------------

### DIAGNÓSTICO

Observaciones H403 - GLAUCOMA SECUNDARIO A TRAUMATISMO OCULAR
--

### DOCUMENTOS NECESARIOS PARA LA RECLAMACIÓN

- Sarlaft
- Historia clínica

Observaciones requisitos adicionales

## Ten en cuenta

Que el tiempo estimado para dar respuesta a tu reclamación, empieza en el momento en que hayamos recibido todos los documentos requeridos

