

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 0830099934840
Oficina radicación PROM CIUDAD JARDIN	Producto 083
Fecha reclamación 23-ABR-2019	Vigencia Desde 17-MAR-2015 Hasta 29-FEB-2020



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 CALLE 36N 2A-64	Ciudad CALI	Departamento VALLE DEL CAUCA - COLOMBIA
Teléfono 3158954833	Email	

RESUMEN DE LO OCURRIDO

Fecha evento 08-ABR-2019	Causa SIST. OSTEOMUSCULAR-CONDUCTIVO
-----------------------------	---

DIAGNÓSTICO

Observaciones M233 - OTROS TRASTORNOS DE LOS MENISCOS
--

DOCUMENTOS NECESARIOS PARA LA RECLAMACIÓN

- Incapacidad medica
- 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

