

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 0830089256212
Oficina radicación PROMOTORA CIUDAD JARDIN	Producto 083
Fecha reclamación 30-MAR.-2022	Vigencia Desde 17-MAR.-2015 Hasta 28-FEB.-2023



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 29-MAR.-2022	Causa OJO Y SUS ANEXOS
------------------------------	---------------------------

DIAGNÓSTICO

Observaciones H403 - GLAUCOMA SECUNDARIO A TRAUMATISMO OCULAR
--

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

