

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		Número reclamación	
083000817686		0830089260167	
Oficina radicación		Producto	
PROMOTORA CIUDAD JARDIN		083	
Fecha reclamación	Vigencia	Desde	Hasta
19-ABR.-2022		17-MAR.-2015	28-FEB.-2023



INFORMACIÓN DEL TOMADOR (RESPONSABLE DEL PAGO)

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

INFORMACIÓN DEL ASEGURADO

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

RESUMEN DE LO OCURRIDO

Fecha evento	Causa
13-ABR.-2022	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

