



FORMATO DE REEMBOLSO DE SERVICIOS DE ASISTENCIA DOMICILIARIA

Fecha de Vigencia:
01 de Junio de 2024

Versión: I

1. LISTA DE DOCUMENTOS

- | | | |
|---|---|--------------------------|
| 1 | Formato de Reembolsos de Servicios de Asistencia Domiciliaria | <input type="checkbox"/> |
| 2 | Fotocopia de la cédula o RUT del asegurado | <input type="checkbox"/> |
| 3 | Factura de la prestación del servicio, cumpliendo los parámetros establecidos por la Ley. | <input type="checkbox"/> |
| 4 | Rut del proveedor prestador del servicio | <input type="checkbox"/> |
| 5 | Certificación bancaria / Certificación Nequi no mayor a treinta (30) días | <input type="checkbox"/> |
| 6 | Reporte técnico del proveedor prestador del servicio | <input type="checkbox"/> |
| 7 | Registro fotográfico del daño y de la reparación | <input type="checkbox"/> |

Recuerde que este proceso iniciará cuando sea aportada en su totalidad la documentación anteriormente relacionada, de igual manera, agradecemos generar el diligenciamiento de este formato de manera completa.

2. INFORMACIÓN DEL SOLICITANTE

FECHA DE SOLICITUD DE SERVICIO

D D / M M / A A A A

ASEGURADO

(Nombre completo o razón social del titular de la póliza)

CÉDULA O NIT

Recuerde que este proceso iniciará cuando éste previamente autorizado por la compañía.

3. CUENTA DE COBRO

FECHA DE ELABORACIÓN

D D / M M / A A A A

IKÉ ASISTENCIA COLOMBIA S.A.S NIT 900.106.251-3

DEBE A

(Nombre completo o razón social del titular de la póliza)

LA SUMA DE

(Valor en letras)

\$

(Valor en números)

CÉDULA O NIT

DE

NOMBRE DEL PROVEEDOR

Obligatorio

CONTACTO

Obligatorio

** Por favor solo diligencie estos campos en blanco si usted no cuenta con una factura y ya le fue autorizado continuar el proceso sin dicho soporte.

4. CONCEPTO DE SOLICITUD

FECHA DEL SERVICIO

D D / M M / A A A A

COPROPIEDAD

HOGAR

PYME

OTRO

Plomería

Electricidad

Vidriería

Cerrajería

Otros cuál?

(Detalle el tipo de servicio utilizado. ejem: plomería, grúa)

5. DATOS FINANCIEROS PARA PAGO

Páguese a

(Nombre completo o razón social del titular de la póliza)

Identificación

Celular

Tipo de Pago

Transferencia Bancaria (anexar certificación bancaria)

Transferencia Efecty (anexar copia de la cédula o Rut)

Transferencia Nequi (anexar certificación de Nequi e indicar No. celular Nequi)

Pago a terceros (Si el pago es a terceros diligenciar el numeral 6)



FORMATO DE REEMBOLSO DE SERVICIOS DE ASISTENCIA DOMICILIARIA

Fecha de Vigencia:
01 de Junio de 2024

Versión: I

6. CARTA SOLICITUD A TERCEROS (Previa autorización de la compañía).

Sr (a) favor diligenciar la casilla correspondiente con una X

Recuerde que este numeral será diligenciado, cuando la persona a la que se pagará sea diferente a la poseedor de la póliza

Yo _____ *identificado con cedula de ciudadanía*
No _____ de _____, *con domicilio*

Actuando en nombre propio de _____, autorizó a IKE ASISTENCIA COLOMBIA S.A.S para que el pago del reembolso previamente aprobado por la Compañía a mi favor mediante transferencia bancaria a la cuenta que se indica a continuación

Páguese a	(Nombre completo a quien se le va a pagar)		
Identificación		Celular	
Nombre banco			
Tipo de cuenta	Ahorros <input type="checkbox"/>	Corriente <input type="checkbox"/>	
Numero de cuenta			
Número de celular pago por Nequi			
Marque con una X esta casilla para pago por Efecty	<input type="checkbox"/>		

Firma:

Nombre del tomador de la poliza:

Número de identificación:

Dirección de residencia:

Teléfono de contacto :

Email:

Firma:

Nombre de la persona a quien se realizará la transferencia:

Número de identificación:

Dirección de residencia:

Teléfono de contacto :

Email:

Recomendaciones

Por favor recordar que solo se procederá al pago del reembolso una vez se obtenga la documentación completa siempre y cuando éste sea aprobado según lo contemplado en el clausulado vigente de Asistencia Domiciliaria de su póliza. Los pagos se realizan al octavo día hábil de haber recibido la documentación completa, el primer día hábil es contado a partir de la fecha siguiente a la radicación. Tener en cuenta que si este documento no esta debidamente diligenciado, se solicitará nuevamente la información detallada. En caso de no contar con datos del proveedor, el estudio se realizará con base en el tarifario interno por tipo de servicio.

FIRMA Y NOMBRE DEL SOLICITANTE:

C.C.

TELÉFONO DE CONTACTO:

DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA:

CORREO ELECTRÓNICO: