



FORMATO DE REEMBOLSO DE SERVICIO DE ASISTENCIA DOMICILIARIA

Fecha de Vigencia a partir de Marzo de 2023

Versión II

1. LISTA DE DOCUMENTOS

- | | |
|---|--------------------------|
| 1 Formato de Reembolso de Servicio de Asistencia Domiciliaria | <input type="checkbox"/> |
| 2 Fotocopia de la cédula o RUT del asegurado | <input type="checkbox"/> |
| 3 Factura original y/o cuenta de cobro | <input type="checkbox"/> |
| 4 Rut del proveedor prestador del servicio | <input type="checkbox"/> |
| 5 Certificación bancaria | <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

AXA ASISTENCIA COLOMBIA S.A NIT 800244309-1

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

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)

Tipo de Pago

Identificación

Celular

Transferencia Bancaria (anexar certificación bancaria)



FORMATO DE REEMBOLSO DE SERVICIO DE ASISTENCIA DOMICILIARIA

Fecha de Vigencia a partir de Marzo de 2023

Versión II

6. CARTA SOLICITUD A TERCEROS (SOLO diligenciar esta parte cuando el pago se solicite para un tercero y no para el asegurado directamente).

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

Recuerde que este numeral será diligenciado ÚNICAMENTE cuando la persona a la que se pagará sea diferente al asegurado de la póliza

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

Actuando en nombre propio de _____, autorizó a Axa Asistencia Colombia S.A 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			

Firma:

Nombre del tomador de la póliza:

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 y siempre y cuando éste sea aprobado según lo contemplado en el alcance del condicionado de Asistencia Domiciliaria. 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:

