

Señores

MEDICINA PARA EL ECUADOR MEDIECUADOR HUMANA S.A.

Yo, _____ (nombres y apellidos completos) portador de la Cédula o Pasaporte No. _____ Titular del Contrato No. _____ cuyo CONTRATANTE es _____, como Titular/Afiliado/Beneficiario de dicho Contrato de Medicina Prepagada suscrito con HUMANA, por medio de la presente me comprometo a entregar en las oficinas de HUMANA las facturas físicas originales que reposan en mi poder, en un plazo máximo en 8 días hábiles posteriores a la terminación de la Emergencia Sanitaria decretada por el Ministerio de Salud Pública producto de la pandemia del COVID-19, o a partir de que HUMANA habilite la recepción presencial de documentos, lo que ocurra primero.

Declaro, ratifico y doy fe que las facturas físicas que he digitalizado y estoy adjuntando de forma digital en la presente Solicitud de Reembolso, han sido digitalizadas desde sus originales y no han sido alteradas ni contienen tachones ni enmendaduras, por lo tanto declaro bajo juramento que toda la información contenida es verídica, auténtica y real, y autorizo a HUMANA a verificar su veracidad con el Prestador de Salud emisor de cada factura, incluyendo la revisión de la historia clínica y documentos de sustento de la atención de salud que sean requeridos por HUMANA a su solo arbitrio. En caso de que HUMANA detecte falsedad, adulteración o manipulación en la información suministrada, acepto la pérdida de mis beneficios para esta reclamación y desisto de cualquier acción legal que pueda iniciarse con motivo de la prestación de salud motivo de la presente solicitud de reembolso.

Acepto y comprendo que la presentación de las facturas contenidas en mi solicitud de reembolso no constituye aprobación implícita de financiamiento por parte de HUMANA. Para la determinación del valor o derecho a reembolso, conozco que se tomará en consideración el Anexo de Condiciones de Coberturas y demás estipulaciones que constan en el contrato suscrito con el CONTRATANTE, el cual contiene las coberturas, limitaciones y modalidades de financiamiento aplicables.

Por último, en caso de que el monto haya sido acreditado y luego de la constatación física de los documentos se detecte falsedad, adulteración o manipulación en detrimento de HUMANA, acepto que dicho valor sea descontado de futuros valores que me correspondan y/o se inicie la acción legal de cobro correspondiente.

Por la atención que se digne dar a la presente, le anticipo mi agradecimiento.

Fecha: ___ / ___ / ____
dd / mm / aaaa

Firma del Titular / Afiliado / Beneficiario