

FR FORMATO DE SOLICITUD DE REEMBOLSO DE GASTOS MÉDICOS



Indicaciones:

1. Este formato deberá ser llenado y firmado por el Asegurado con letra de molde.
2. Es necesario llenar el formato en su totalidad y proporcionar información completa y detallada.
3. Por el hecho de proporcionar este formato, la institución no queda obligada a admitir la validez de la reclamación ni a renunciar a los derechos que se reserva conforme a la póliza.
4. Este documento no será válido con tachaduras, enmendaduras y de lo declarado, no se aceptan cambios posteriores.

FECHA	Día	Mes	Año
LUGAR			

Nombre o Razón Social del Contratante

Apellido Paterno		Apellido Materno		Nombre (s) del Asegurado Titular		Número de Póliza	
Domicilio completo del titular						Fecha de Nacimiento del titular	
País de Nacimiento del titular		Nacionalidad del titular		Ocupación o profesión del titular		Actividad o giro del negocio	
CURP / RFC (1)		FIEL (1)		✉ E-mail del Asegurado Titular			
Folio Mercantil (2)		Objeto Social (2)					
Teléfono (s) para contactos, favor de incluir LADA							
Casa		Oficina		Celular o Nextel		Otro	
Apellido Paterno		Apellido Materno		Nombre (s) del asegurado afectado (paciente)		Número de certificado (solo aplica para pólizas de colectivo)	
Dirección Actual del Asegurado Afectado (Paciente)							

TIPO DE EVENTO

- Accidente
 Enfermedad
 Embarazo

TIPO DE RECLAMACIÓN

- Inicial (Es la primera vez que presenta gastos por este evento)
 Complementaria (Cuando ya se han presentado gastos por este evento)

En caso de reclamación complementaria favor de indicar:

Diagnóstico: _____ No. de siniestro _____

FAVOR DE INDICAR QUE DOCUMENTO ESTÁ ENTREGANDO

Comprobantes de pago Indicar No. de Factura o recibo y su monto reclamado

	No. de factura/recibo	Monto reclamado
1		\$
2		\$
3		\$
4		\$
5		\$
Total		\$

	No. de factura/recibo	Monto reclamado
1		\$
2		\$
3		\$
4		\$
5		\$
Total		\$

	No. de factura/recibo	Monto reclamado
1		\$
2		\$
3		\$
4		\$
5		\$
Total		\$

- Entrega y aviso de accidente y enfermedad Si No
 Entrega de informe médico, resumen clínico o Historia Clínica Si No

Entrega de Resultados de estudios (especifique cuales):

Entrega de otros documentos (especifique cuales):

Nombre del Asegurado Titular

Firma del Asegurado Titular

