

Formato para trámite de Reembolso de Accidentes y/o Enfermedades

Datos del solicitante

Estimado Asegurado:

Favor de presentar este documento con los comprobantes de acuerdo a la Lista de documentos obligatorios disponibles en www.zurich.com.mx sección Regulaciones>Formatos y Solicitudes.

Fecha:

Día | Mes | Año

Nombre o Razón Social del Contratante:

Ramo: Póliza: Certificado:

Nombre del Titular:

Nombre del Afectado:

Padecimiento:

Siniestro Inicial: Si No En caso de tratarse de siniestro complementario indicar el número de siniestro:

Gastos presentados

No. de Factura	XML	Concepto	Importe
	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		
	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		
	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		
	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		
	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		
	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		
			Total del monto reclamado

Comentarios:

Nota: El total de gastos presentados, debe coincidir exactamente con la suma de los comprobantes respectivos, procurando presentar estos en el mismo orden de conceptos.

Nombre y firma del Asegurado

Altamente confidencial

"Aviso de Privacidad". "Al informar en este documento sus datos personales, incluyendo aquellos de carácter patrimonial y sensibles, otorga su consentimiento expreso para que los mismos se utilicen para fines relacionados al servicio prospectado o contratado conforme al aviso de privacidad cuyo texto completo está en www.zurich.com.mx".

La presente reclamación no obliga a Zurich Vida Compañía de Seguros S.A. al pago a cualquier cantidad, toda vez que el pago en su caso procedente será de acuerdo a las políticas internas de Zurich Vida Compañía de Seguros y/o las condiciones generales o especiales de la póliza.

Zurich Vida Compañía de Seguros S.A.

Ejército Nacional 843-B Site Corporativo Antara I, Col. Granada, Del. Miguel Hidalgo, C.P. 11520, Ciudad de México, Tel: 55-5284-1000 www.zurich.com.mx