

Folio:

Desglose de Gastos

Número de Póliza	Certificado	Complemento Sí <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>
------------------	-------------	---

Vigencia Desde las 12:00 hrs. del día (DD/MM/AAAA) Hasta las 12:00 hrs. del día (DD/MM/AAAA) Núm. Siniestro

Nombre del Asegurado titular Nombre del Asegurado afectado Parentesco

Recibos

Informes médicos (uno por cada médico tratante)

Nombre del médico	Especialidad	Fecha Informe (DD/MM/AAAA)	Observaciones

Atendido por:	Sello y firma de la persona que recibe	Lugar y fecha
---------------	--	---------------

Seguros Ve por Más S.A., Grupo Financiero Ve por Más. Paseo de la Reforma 243, piso 16, Col. Cuauhtémoc, C.P. 06500, CDMX, te recuerda que tus datos personales serán utilizados para dar trámite y seguimiento a la solicitud del producto o servicio de tu interés. Para mayor información sobre el uso de tus datos personales, puedes acceder a nuestro aviso de privacidad integral a través de www.veformas.com