

Solicitud de trámite de Gastos Médicos **MENORES**

Fecha de Entrega:

01/02/2017

-----> **DATOS GENERALES DEL RECLAMANTE:**

SAP ID

51685788

Nombre del Empleado:

Jonathan Carlos Quiles Peña

Nombre del Afectado:

Jonathan Carlos Quiles Peña

Parentesco:

Yo

Tel Celular:

331 448 7777

Tel Particular:

Tel Oficina:

Correo Electrónico HCL:

Jonathan.quilespeña@hcl.com

-----> **DOCUMENTACIÓN QUE SE ANEXA:**

	SI	NO	Cantidad de Facturas (#)	Monto Reclamado (\$)
Recibos de Honorarios	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	0	\$0.00
Factura de Estudios	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	0	\$0.00
Factura de Medicamentos	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	0	\$0.00
Factura de Hospital	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	0	\$0.00
Otros	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1	\$1100.00
TOTAL DE FACTURAS:			1	\$1100.00

DIAGNÓSTICO Plantillas por pie plano

Reconozco y acepto que Mercer-Marsh me ha puesto del conocimiento respecto al AVISO DE PRIVACIDAD publicado en su página de Internet en la dirección www.mercer.com.mx, al cual me comprometo a acceder a la brevedad y manifiesto que es mi intención adherirme al mismo entendiéndose con la presente firma mi consentimiento por escrito a dicho AVISO. "Asimismo declaro bajo protesta decir verdad que las facturas que se presenta para el pago del reembolso son las únicas que se han presentado a la fecha, por lo que manifiesto asumir las consecuencias legales correspondientes en caso de duplicar la factura presentada".

Nombre y Firma del Empleado:

Jonathan Carlos Quiles Peña

Jonathan 01/02/2017

Por este medio, solicito a Mercer-Marsh proceda a tramitar, los pagos procedentes derivados de mi reclamación de siniestro, la cual anexo dentro del presente sobre remesa