Solicitud de Reembolso

INSTRUCCIONES:

- 1. Favor de contestar todos y cada uno de los espacios requeridos.
- 2. Este documento no será válido con tachaduras o enmendaduras.

Datos del Asegurado afectado			
Nombre: Nombre (s) Contratante:	Apellido Paterno Apellido Materno		
No. póliza actual:	No. póliza anterior:		
Si en tu última renovación el número de póliza ha cambiado, por fav Por este medio solicito el Reembolso de los gastos efectuados por ate			
(Anota ad	quí tu diagnóstico)		
¿Has presentado reclamaciones anteriores por este padecimiento?	Sí No No. de siniestro (obligatorio):		
Si la respuesta es afirmativa, es necesario que ingreses Informe Médico para esta reclamación en los siguientes casos: -Si presentas recibos de honorarios de un médico distinto a tu médico tratanteSi se trata de un padecimiento de larga evolución* y han transcurrido más de 3 meses desde la reclamación anteriorEn caso de haber sido solicitado por Plan Seguro en tu último finiquito.			
*Se define como padecimiento de larga evolución a aquellos con duración mayor a	seis meses.		
Indica los documentos que estás ingresando para el trámite de tu Ree 1. Aviso de Accidente y/o Enfermedad 2. Informe Médico de los doctores	embolso:		
Dr. (a):	Especialidad:		
Dr. (a):	Especialidad:		
3. Indica los estudios de laboratorio o gabinete de los que ingresas interpretación:			
4. Indica la moneda de los comprobantes ingresados:			
Moneda Nacional: O Moneda Ex	ttranjera: Otra:		
Si presentas comprobantes en distintas monedas los debes ingresar en trámites por separado.			

Plan Seguro
Mi salud es hoy

No. de factura:	Nombre del proveedor:	Monto:
monto total de todos los comprobantes rela ocurando presentar éstos en el mismo orde	acionados debe coincidir con la suma de dichos comprobantes, n en el que se enlistan.	
	r transferencia interbancaria, para la realización del pago en caso ria debes completar el formato de "Solicitud de pago por transferenc	•
ta: En caso de transferencia interbancal segurado se subroga a favor de la Aseguradora por la cantid Aseguradora a entablar cualquier demanda o a ejercer acción		ia interbancaria (Reembolsos)
segurado se subroga a favor de la Aseguradora por la cantid Aseguradora a entablar cualquier demanda o a ejercer acció cortante: ecesario que escribas el número de cuenta completo (no de 1 Seguro, S.A. de C.V. Compañía de Seguros no se hace resp lar de la cuenta bancaria. 1 Seguro, S.A. de C.V. Compañía de Seguros, con domicilio onales recabados para: valuación de su Solicitud de Seguro y selección de riesgos y, e rención de fraude y operaciones ilícitas, para información est de el Contrato de Seguro y en la normatividad aplicable así co	ria debes completar el formato de "Solicitud de pago por transference"	cia interbancaria (Reembolsos) coles del Siniestro, el Asegurado se obliga a auxi el propósito de atender puntualmente tu solici bilidad al respecto y emitirá cheque a nombre C.P. 01900, Ciudad de México, utilizará sus da nantenimiento y renovación de la Póliza de Segi formidad con lo establecido en el contrato, la l
segurado se subroga a favor de la Aseguradora por la cantid Aseguradora a entablar cualquier demanda o a ejercer acción ortante: lecesario que escribas el número de cuenta completo (no de la Seguro, S.A. de C.V. Compañía de Seguros no se hace resp lar de la cuenta bancaria. In Seguro, S.A. de C.V. Compañía de Seguros, con domicilio sionales recabados para: valuación de su Solicitud de Seguro y selección de riesgos y, e rención de fraude y operaciones ilícitas, para información estre el Contrato de Seguro y en la normatividad aplicable así ce	ria debes completar el formato de "Solicitud de pago por transference dad indemnizada para que esta si así lo desea ejercite derechos o acciones en contra de terceros responsal n ya sea por la vía judicial o extrajudicial, relacionada con el Siniestro indemnizado. Ebe quedar ningún espacio en blanco) y debes proporcionar un solo número de cuenta CLABE esto con e ionsable del depósito si el número de cuenta no es correcto por lo que no incurrirá en ninguna responsa en calle Boulevard Adolfo Ruiz Cortines 3720, Torre II, Piso 4, Jardines del Pedregal, Álvaro Obregón, un su caso, emisión de la Póliza de Seguro, trámite de sus Solicitudes de pago de siniestros, administración, na tadística, así como para todos los fines relacionados con el cumplimiento de nuestras obligaciones de con omo para prospección comercial. Para mayor información acerca del tratamiento y de los derechos que p	cia interbancaria (Reembolsos) coles del Siniestro, el Asegurado se obliga a auxi el propósito de atender puntualmente tu solici bilidad al respecto y emitirá cheque a nombre C.P. 01900, Ciudad de México, utilizará sus da nantenimiento y renovación de la Póliza de Seg formidad con lo establecido en el contrato, la l

Página 2 de 2

