

formato para reclamación de reembolso de accidentes y/o enfermedades

estimado asegurado favor de presentar este documento con los comprobantes			Fecha			
riginales completo	s y una copia de sus gastos					
Nombre del contrat	ante y/o razón social					
Empresa			Nombre del aseg	gurado titular		
Nombre del asegur	ado		Padecimiento			
vombre der asegun	duo		radecimiento			
Siniestro inicial	Parentesco con el titula	r				
si no			En caso de tratarse indicar el número d	de un siniestro de autorización:	complementario	
	Estudios			Recibos d	le honorarios	
No.Factura	Tipo de Estudio	Importe	No.Recibo		e de Concepto	Importe
	F					
					Total	
			Otros		Total	
	Total					
	Facturas de hospital				s gastos	
No.Factura	Desglose	Monto	No.Factura	De	sglose	Monto
	Total				Total	
Comentarios						
Total del monto red	lamado		Firma del asegu	rado		
Nota: El total de gastos p	oresentados, debe coincidir exactamente, procurando presentar estos en el mismo	con la suma de los	3			