

formato para reclamación de reembolso de accidentes y/o enfermedades



estimado asegurado

favor de presentar este documento con los comprobantes
originales completos y una copia de sus gastos

Nombre del contratante y/o razón social
Empresa

Fecha día mes año

Nombre del asegurado titular

Nombre del asegurado

Padecimiento

Siniestro inicial si ☐ no ☐ Parentesco con el titular

En caso de tratarse de un siniestro complementario
Indicar el número de autorización:

Estudios

Recibos de honorarios

No.Factura Tipo de Estudio Importe

No.Recibo Desglose de Concepto Importe

Total 0.00

Total 0.00

Facturas de hospital

Otros gastos

No.Factura Desglose Monto

No.Factura Desglose Monto

Total 0.00

Total 0.00

Comentarios

Total del monto reclamado

Firma del asegurado

0.00

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.