



Formato de solicitud de Reembolso de accidente y/o enfermedad

Devolución de deducible Salud

No. de Certificado DV3407
 Fecha 23/04/2025
 No. póliza primaria 8201014753

Favor de presentar este documento con los comprobantes originales de sus gastos.
 Este cuestionario deberá ser llenado según aplique con información correcta, detallada y firmado por el cliente.
 Por el hecho de proporcionar este formulario, la Compañía no queda obligada a admitir la validez de la reclamación.

Datos de contratante / Razón Social		
Persona Física		
Apellido paterno	Apellido Materno	Nombre (s)
Persona Moral		
FAMER CONSULTORES, S.A. DE C.V.		

Datos del titular (En caso de ser distinto al Cliente contratante)		
Apellido paterno	Apellido materno	Nombre(s)
ALVAREZ	HUERTA	RODRIGO

Datos del cliente Afectado		
Apellido paterno	Apellido materno	Nombre(s)
SALA	COBO	ANA BELEN
Parentesco con el Cliente titular	Padecimiento o diagnóstico	
ESPOSA	SANGRADO UTERINO ANORMAL SECUNDARIO A POLIPO ENDOMETRIAL	
¿Es primer pago?	<input checked="" type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	

Detalle del reembolso				
Reembolso de:	<input checked="" type="checkbox"/> Deducible	\$99,745.96		
Coberturas adicionales:	Indemnización diaria por hospitalización <input type="checkbox"/>	Aumento de tabulador <input type="checkbox"/>	Gastos extras del hospital <input type="checkbox"/>	Devolución de Coaseguro <input type="checkbox"/>
	Total, de gastos (\$)	Total, de gastos (\$)	Total, de gastos (\$)	Total, de gastos (\$)
Nota: El total de gastos presentados, debe coincidir exactamente con la suma de los comprobantes respectivos.		TOTAL DE GASTOS (\$):	\$99,745.96	

Instrucciones del pago-finiquito via transferencia electrónica				
Seleccione y registre el nombre y RFC de la persona a la que deberá efectuarse el reembolso.				
<input checked="" type="checkbox"/> Cliente titular		<input type="checkbox"/> Cliente afectado (sólo si es mayor de edad)		
<input type="checkbox"/> Padre, Madre o Tutor (Sólo si el cliente afectado es menor de edad)				
Apellido paterno	Apellido materno	Nombre(s)	R.F.C.	
ALVAREZ	HUERTA	RODRIGO	A A H R 9 0 0 3 2 4 K S 8	
Correo electrónico para notificaciones de pago (Cliente)		Correo electrónico para notificaciones de pago (Vendedor/Administrador de Riesgos)		
ralvarez.h24@gmail.com		sfdelcastillo@wiassure.com		
*En aquellos casos en los que se trate de un Certificado en el que el cliente afectado sea un menor de edad, indique en el siguiente espacio el tipo de parentesco. Así mismo, anexe el Formato de Identificación del Cliente, copia de su identificación oficial, copia de su comprobante de domicilio y el (los) documento(s) correspondiente(s) que acredite(n) que se trata del padre, madre o tutor del menor.		Parentesco con el cliente o afectado en caso de ser menor de edad.		
		Padre <input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> Tutor <input type="checkbox"/>		



Instrucciones del pago-finiquto via transferencia electrónica

Si está solicitando por primera vez el reembolso deberá entregar junto con el presente documento copia del estado de cuenta bancario (sin saldo ni movimientos), no mayor a 3 meses de antigüedad.

Cuenta Clabe	012180026207174524	Banco Emisor	BBVA
Tarjeta de débito		Banco Emisor	
En caso de rechazo bancario notificar a:		Rodrigo Alvarez Huerta	
Correo de contacto:	ralvarez.h24@gmail.com	Teléfono de contacto:	553900-2328
Firma del cliente afectado:			

Tuve a la vista el Aviso de Privacidad de BENEFICIOS RED ENLACE 24 A.C., el cual contiene y detalla las finalidades del tratamiento de mis datos personales, patrimoniales y sensibles. Asimismo, se me informó la disponibilidad de dicho Aviso y sus actualizaciones en la página redenlace.com.mx, por lo anterior:

SOLICITANTE AFECTADO (y de su Representante Legal si es menor de edad)



Sí consiento dicho tratamiento



No consiento dicho tratamiento

En caso de haber proporcionado datos personales de otros titulares de datos, reconozco mi obligación de informarles de esta entrega, así como los lugares en los que se encuentra el Aviso de Privacidad Integral para su consulta.

RODRIGO ALVAREZ HUERTA

Nombre y Firma del Contratante

ANA BELEN SALA COBONombre y Firma del cliente afectado
(en caso de que sea distinto al contratante)