



Formato de solicitud de Reembolso de accidente y/o enfermedad

Devolución de deducible Salud

No. de Certificado	DV3523
Fecha	27/03/2025
No. póliza primaria	1081178

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 / Razon Social		
Persona Física		
Apellido paterno	Apellido Materno	Nombre (s)
ALCUDIA	YANIZ	RICARDO
Persona Moral		

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

Datos del cliente Afectado		
Apellido paterno	Apellido materno	Nombre(s)
ALCUDIA	CORCHADO	EMILIA
Parentesco con el Cliente titular	Padecimiento o diagnóstico	
HIJA		
¿Es primer pago?	<input checked="" type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	NEUMONIA

Detalle del reembolso			
Reembolso de:	<input checked="" type="checkbox"/> Deducible		
Coberturas adicionales:	Indemnización diaria por hospitalización <input type="checkbox"/>	Aumento de tabulador <input type="checkbox"/>	Gastos extras del hospital <input type="checkbox"/>
	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 (\$):	\$39,000.00

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.
ALCUDIA	YANIZ	RICARDO	A U Y R 9 1 0 7 1 6 I L 7
Correo electrónico para notificaciones de pago (Cliente)		Correo electrónico para notificaciones de pago (Vendedor/Administrador de Riesgos)	
jdejesus77@hotmail.com		jdejesus@fernandezdelarosa.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 checked="" type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> Tutor <input type="checkbox"/>	



Instrucciones del pago-finiquito vía 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	0 1 4 7 9 4 5 6 6 8 8 3 1 5 0 5 4 4	Banco Emisor	SANTANDER
Tarjeta de débito		Banco Emisor	
En caso de rechazo bancario notificar a:			
Correo de contacto:	jdejesus77@hotmail.com		Teléfono de contacto: 5544117590
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.

Nombre y Firma del Contratante

Nombre y Firma del cliente afectado
(en caso de que sea distinto al contratante)