

# Solicitud de Reembolso

Relación de comprobantes para Reembolso.

## INSTRUCCIONES:

1. Favor de no dejar preguntas ni espacios sin contestar.
2. No será válido con tachaduras o enmendaduras.

### Datos del Asegurado afectado

Nombre:  Nombre (s)  Apellido Paterno  Apellido Materno   
Contratante:  Póliza:

Por este medio me permito solicitar el Reembolso de los gastos efectuados por la atención médica del padecimiento:

(anote aquí su diagnóstico)

¿Ha presentado reclamaciones anteriores por este padecimiento?:  Sí  No No. de Siniestro (opcional):

Si la respuesta es afirmativa, será necesario que ingrese Informe Médico para esta reclamación, en los siguientes casos:

- Si presenta recibos de honorarios de un Médico distinto a su Médico tratante.
- Si se trata de un padecimiento de larga evolución\* y han transcurrido más de 3 meses desde la reclamación anterior.
- Si en su último finiquito le fue solicitado.

\*Se define como padecimiento de larga evolución a aquellos con duración mayor a seis meses.

Indique los documentos que está ingresando para el trámite de su Reembolso:

1. Aviso de Accidente y/o Enfermedad (Únicamente si es inicial).
2. Informe Médico del (los) Dr. (es)

Dr. (a):  Especialidad:

Dr. (a):  Especialidad:

3. Indique Estudios de Laboratorio o Gabinete de los que ingresa resultados y/o interpretación:

4. Indicar moneda de los comprobantes ingresados:

Moneda Nacional:  Moneda Extranjera:  ¿Cuál?:

Si presenta comprobantes en distintas monedas deberán ingresar en trámites por separado por cada moneda.

