

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.

5. Relación de comprobantes, se debe enlistar por separado cada factura o recibo aún cuando sea del mismo proveedor.

No. de recibo o factura	Nombre del proveedor:	Monto:

El monto total de todos los comprobantes relacionados debe coincidir con la suma de dichos comprobantes, procurando presentar estos en el mismo orden que se enlistan.

Total:

En caso de procedencia de la reclamación indique el medio por el cual le gustaría recibir su pago:

Cheque **A nombre de:** **Asegurado afectado:** **Titular:** **Contratante:**

En caso de requerir que el cheque se realice a una persona distinta a las indicadas arriba, especificar lo siguiente:

Nombre: **Nombre (s)** **Apellido Paterno** **Apellido Materno**

Relación con el Asegurado afectado:

Motivo por el que requiere el pago:

En este caso, se deberá anexar la documentación que acredite su relación con el Asegurado afectado y/o su derecho a solicitar el pago.

Transferencia:*

Nota: En caso de transferencia interbancaria deberá completar el formato de "Solicitud de pago por transferencia interbancaria"

El Asegurado se subroga a favor de la Aseguradora por la cantidad indemnizada para que esta si así lo desea ejercite derechos o acciones en contra de terceros responsables del Siniestro, el Asegurado se obliga a auxiliar a la Aseguradora a entablar cualquier demanda o a ejercer cualquier acción ya sea por la vía judicial o extrajudicial, relacionada con el Siniestro indemnizado.

En cumplimiento a lo previsto por la Ley Federal de Protección de los Datos Personales en posesión de los particulares con el Aviso de Privacidad que se encuentra publicado en el sitio web www.planseguro.com.mx y con ello se garantiza que la información del Asegurado se usa exclusivamente para el cumplimiento de obligaciones inherentes a la relación jurídica que deriva de la Póliza de Seguro.

Nombre y firma del Asegurado afectado

(Padre, madre o tutor legal, en caso de menores de edad)

Lugar:

Fecha: **DÍA** **MES** **AÑO**