

Desglose de Gastos

| | | | | | |
|------------------------------|---|---|----------------|-----------------------------|-----------------------------|
| Número de póliza | | Certificado | Complemento | Sí <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
| Vigencia: | Desde las 12:00 hrs. del día (dd/mm/aaaa) | Hasta las 12:00 hrs. del día (dd/mm/aaaa) | Núm. Siniestro | | |
| Nombre del asegurado titular | | Nombre del asegurado afectado | Parentesco | | |

Recibos

| No. Recibo / Factura | Nombre del Médico, laboratorio, farmacia, gabinete u hospital | Especifique especialidad del Médico (cirujano, anesthesiólogo, ayudante, etc.) | IVA | TOTAL |
|----------------------|---|--|-----|-------|
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

Informes Médicos (uno por cada médico tratante)

| Nombre del Médico | Especialidad | Fecha Informe (dd/mm/aaaa) | Observaciones |
|-------------------|--------------|----------------------------|---------------|
| | | | |
| | | | |

| | | |
|---------------|--|---------------|
| Atendido por: | Sello y firma de la persona que recibe | Lugar y fecha |
|---------------|--|---------------|

SEGUROS MULTIVA, S.A., GRUPO FINANCIERO MULTIVA con domicilio en Cerrada de Tecamachalco No. 45, Colonia Reforma Social, C.P. 11650, México D. F, le recuerda que sus datos personales serán utilizados para dar trámite y seguimiento a la solicitud del producto o servicio de su interés. Para mayor información sobre el uso de sus datos personales, usted puede acceder a nuestro aviso de privacidad integral a través de www.multiva.com.mx, ubicándose en la sección de “Seguros Multiva”, dentro del apartado, “Su Información personal está segura con Multiva”.