SEGUROS MULTIVA

GMM

Desglose de siniestros

Folio:

Número de póliza	Certificado	Complemento: Si ☐ No ☐	Vigencia desde (dd/mm/aaaa)	hasta (dd/mm/aaaa):	Núm. Siniestro

Nombre del asegurado titular | Nombre del asegurado afectado | Parentesco

Recibos				Monto	
No.	No. Recibo / Factura	Nombre del médico, laboratorio o gabinete u hospital	Especifíque Especialidad del médico (cirujano anestesiólogo, ayudante, etc.)	IVA	Total

Informes Médicos (uno por cada Médico tratante)	Especialidad	Fecha informe (dd/mm/aaaa)	Observaciones
Nombre del Médico			

Importante: Hasta este momento y en referencia a sus recibos que nos anexa a esta relacion de documentos

¿Se encuentran completos y no habrá más en el futuro? Si ☐ No ☐

¿Se encuentran incompletos por faltar recibos anteriores a la fecha? Si ☐ No ☐

¿Se encuentran incompletos ya que habrá más en fechas futuras por continuación del tratamiento? Si ☐ No ☐

Conducto por el cueal desea recibir su respuesta

Agente | Regional

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

Seguros Multiva, S.A., Grupo Financiero Multiva

Cda. de Tecamachalco No. 45, 4to. piso, Col. Reforma Social, C.P. 11650, Deleg. Miguel Hidalgo Tel. 52846200 y 01 800 830 3676
Oficinas en Mérida: Calle 58-A No. 499 por 29 y 33, San Fernando Mérida, Yucatán, México, C.P. 97200 Tel. (999) 942-31-80

www.segurosmultiva.com.mx