

# Solicitud de Reembolso

## INSTRUCCIONES:

1. Favor de contestar todos y cada uno de los espacios requeridos.
2. Este documento no será válido con tachaduras o enmendaduras.

## Datos del Asegurado afectado

Nombre:  Nombre (s)  Apellido Paterno  Apellido Materno

Contratante:

No. póliza actual:  No. póliza anterior:

Si en tu última renovación el número de póliza ha cambiado, por favor requisita los espacios correspondientes.

Por este medio solicito el Reembolso de los gastos efectuados por atención médica de:

(Anota aquí tu diagnóstico)

¿Has presentado reclamaciones anteriores por este padecimiento?  Sí  No No. de siniestro (obligatorio):

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

- Si presentas recibos de honorarios de un médico distinto a tu médico tratante.
- Si se trata de un padecimiento de larga evolución\* y han transcurrido más de 3 meses desde la reclamación anterior.
- En caso de haber sido solicitado por **Plan Seguro** en tu último finiquito.

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

Indica los documentos que estás ingresando para el trámite de tu Reembolso:

1. Aviso de Accidente y/o Enfermedad
2. Informe Médico de los doctores

Dr. (a):  Especialidad:

Dr. (a):  Especialidad:

3. Indica los estudios de laboratorio o gabinete de los que ingresas interpretación:

4. Indica la moneda de los comprobantes ingresados:

Moneda Nacional:  Moneda Extranjera:  Otra:

Si presentas comprobantes en distintas monedas los debes ingresar en trámites por separado.

