Solicitud de Reembolso

Relación de comprobantes para Reembolso.

DMD-SOLREE-200601-V02

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.
- En caso de haber sido solicitado por **Plan Seguro** en su último finiquito.

*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**
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.

Servicio Seguro **800 277 1234**
www.planseguro.com.mx
servicioseguro@planseguro.com.mx

Plan Seguro
Mi salud es hoy

Plan Seguro S.A de C.V., Compañía de Seguros. Boulevard Adolfo Ruiz Cortines 3299, Piso 12, Rincón del Pedregal, Tlalpan, C.P. 14120, Ciudad de México. **Servicio Seguro** 800 277 1234 **www.planseguro.com.mx**

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:

Deberá requisitar la solicitud de pago por transferencia interbancaria, para la realización del pago en caso de procedencia del Reembolso.

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 acción ya sea por la vía judicial o extrajudicial, relacionada con el Siniestro indemnizado.

Importante:
Es necesario que escriba el número de cuenta completo (no debe quedar ningún espacio en blanco) y deberá proporcional un solo número de cuenta CLABE esto con el propósito de atender puntualmente su solicitud. Plan Seguro, S.A. de C.V. Compañía de Seguros no se hace responsable del depósito si el número de cuenta no es correcto por lo que no incurrirá en ninguna responsabilidad al respecto y emitirá cheque a nombre del Titular de la cuenta bancaria.
Plan Seguro S.A de C.V, Compañía de Seguros , con domicilio en calle Boulevard Adolfo Ruiz Cortines 3299 Piso 12, colonia Rincón del Pedregal, Ciudad de México, delegación Tlalpan, C.P 14120, en la entidad de Ciudad de México, país México, utilizará sus datos personales recabados para:
La evaluación de su Solicitud de Seguro y selección de riesgos y, en su caso, emisión de la Póliza de Seguro, trámite de sus Solicitudes de pago de siniestros, administración, mantenimiento y renovación de la Póliza de Seguro, prevención de fraude y operaciones ilícitas, para información estadística, así como para todos los fines relacionados con el cumplimiento de nuestras obligaciones de conformidad con lo establecido en el contrato, la Ley sobre el Contrato de Seguro y en la normatividad aplicable así como para prospección comercial. Para mayor información acerca del tratamiento y de los derechos que puede hacer valer, usted puede acceder al aviso de privacidad integral a través de: planseguro.com.mx y mediante avisos colocados en Oficina Matriz, Sucursales, Módulos de Atención y Oficinas de Desarrollo Comercial.

Nombre y firma del Asegurado afectado
(Padre, madre o tutor legal, en caso de menores de edad)

Lugar: **Fecha:** DÍA MES AÑO

Servicio Seguro **800 277 1234**
www.planseguro.com.mx
servicioseguro@planseguro.com.mx

Plan Seguro
Mi salud es hoy