ING COMERCIAL AMERICA
SEGUROS

RELACION DE COMPROBANTES PARA REEMBOLSO DE GASTOS MÉDICOS

No. de Solicitud _____

Lugar _____ Fecha Día ____ Mes ____ Año ____

Ref. Póliza No. _____ Certificado _____

Seguros Comercial América, S.A. de C.V.

A quien corresponda:

Contratante _____

Por este medio me permito solicitar el reembolso de los gastos efectuados por la atención médica de:

_____
Apellido Paterno Apellido Materno Nombre(s)

Con motivo de _____

Se anexa la siguiente documentación original:

1) Aviso de accidente y/o enfermedad Sí ☐ No ☐

2) Informe médico del(os) Dr.(es) Sí ☐ No ☐

Dr.(a) _____ Especialidad _____

Dr.(a) _____ Especialidad _____

Dr.(a) _____ Especialidad _____

Dr.(a) _____ Especialidad _____

3) Historia(s) Clínica(s) Sí ☐ No ☐

4) Resultados de los siguientes estudios de laboratorio y gabinete (señale los presentados)

☐ Orina ☐ Excremento ☐ Sangre ☐ Radiografías ☐ Ultrasonido ☐ Tomografía
☐ Resonancia Magnética ☐ Urografía ☐ Electrocardiograma ☐ Electroencefalograma ☐ Histopatología ☐ Otros

Especifique _____

5) Relación de comprobantes:

No. de recibo	Nombre	Monto	No. de recibo	Nombre	Monto
		$			$
		$			$
		$			$
		$			$
		$			$
		$			$
		$			$
		$			$

Total $ _____

¿Ha presentado reclamaciones adicionales por este evento? Sí ☐ No ☐ No. _____

Conducto por el cual desea recibir su respuesta:

☐ Agente, ¿Cuál? _____ Teléfono: _____

☐ Pasa por su respuesta a Seguros Comercial América, S.A. de C.V.

Observaciones:

Lugar y Fecha _____ Atendido por: _____

Centro de Atención 24 hrs.:

Gastos Médicos	51 69 27 27
Lada sin costo	01 800 00 18 700
Lada sin costo EUA y Canadá	18 88 29 37 221

Atentamente

_____
Nombre y firma