

Solicitud de Reembolso del Seguro de Gastos Médicos Mayores

Instrucciones

1. Este formato debe ser llenado y firmado en su totalidad y con letra de molde por el Asegurado.
2. Los documentos a entregar son:
 - Aviso de Accidente o Enfermedad (sólo en siniestro inicial).
 - Informe Médico por enfermedad o accidente de cada médico tratante (sólo en siniestro inicial).
 - En caso de pagos complementarios, debe entregar la información médica actualizada de su padecimiento cada 6 meses o cuando antes en caso de existir cambios en el tratamiento o evolución del padecimiento, lo que ocurra primero
 - Identificación oficial del beneficiario del pago.
 - Comprobante de domicilio no mayor a 3 meses de antigüedad, en caso de no coincidir el domicilio actual con identificación del IFE.
 - Copia de los estudios de laboratorio y/o gabinete o interpretación, cuando se cuente con ellos.
 - Recetas médicas para el reembolso de medicamentos.
 - Originales de facturas y recibos de honorarios. Requisitos Fiscales: Las facturas, recibos y/o comprobantes de gastos se deben anexar en original y deben contener folio, cédula fiscal impresa y los datos del prestador de servicio (fecha, nombre, etc.). En caso de ticket, deberá ser de caja de registradora oficial con siglas S.H.C.P. (Requisitos Arts. 29 y 29A del Código Fiscal de la Federación), en todo caso, aclaración de conceptos (desglose).

El llenado de este formato no obliga a la institución a asumir la obligación de realizar pagos de gastos improcedentes.

Datos del Contratante

No. de Póliza Nombre Agente/Corredor
Nombre o Razón Social del Contratante Teléfono

Datos del Beneficiarios del pago

Nombre del Titular de la Póliza Fecha de Nacimiento
RFC CURP Nacionalidad
Lugar de Nacimiento Ocupación, profesión, actividad o giro del negocio al que se dedique.....
Domicilio
Calle No. Exterior No. Interior
Delegación o Municipio Estado
E-mail Teléfono

Nota importante: Al efectuarse el depósito o transferencia por medio de la cuenta correspondiente a la clabe mencionada, por el monto que proceda de acuerdo a las condiciones de la póliza, reconozco que se ha efectuado el pago y otorgo a Allianz México, el más amplio finiquito, que en derecho proceda a éste reclamo, liberándola de cualquier responsabilidad presente o futura, no reservándome ninguna acción civil, administrativa, mercantil o de cualquier otra naturaleza. Asimismo, reconozco que es mi responsabilidad otorgar a la Aseguradora el número de cuenta correcto para que se aplique la transferencia o depósito, por lo tanto, si existe un error en los dígitos de la cuenta bancaria y la transferencia o depósito se efectúa a una cuenta distinta por causas que me sean imputables, desde este momento libero de cualquier responsabilidad a Allianz México. Por este conducto solicito y autorizo a Allianz México para que cualquier pago que proceda a mi favor, derivado del o de los contratos de Seguro concertados con esta Aseguradora sean depositados en la cuenta bancaria a mi nombre, la cual tiene los siguientes datos:

El depósito lo solicito para: Solo este trámite () Todos los trámites de este siniestro ()

Nombre del Banco CLABE

Proporcione un e-mail para confirmación de depósito

Si la cuenta referida pertenece a Banamex, producto Pagomático, referir Número de Tarjeta (16 dígitos):

La CLABE aparece en el estado de cuenta impreso o es proporcionada en cualquier sucursal de su banco. Consta de 18 posiciones y se utiliza para transacciones interbancarias. Es necesario que en la cuenta bancaria de la CLABE aparezca el titular de la póliza como Titular o Cotitular de la misma y firme en ella de forma independiente.

Al efectuarse el depósito o transferencia a la cuenta correspondiente a la CLABE mencionada, por el monto que proceda de acuerdo a las condiciones de póliza, reconozco que se ha efectuado el pago y otorgo a Allianz México el más amplio finiquito que en derecho proceda, por este reclamo.

Pólizas Colectivas. En caso de ser procedente la reclamación el titular de la Póliza está de acuerdo en que el pago de la reclamación se llevará a cabo mediante la transferencia electrónica a la cuenta bancaria proporcionada por el contratante para la emisión de la Póliza.

Artículo 492 (LISF)

Para ser llenado por el Beneficiario del Pago Exclusivo para personas físicas. (Para personas Morales consultar a su asesor de seguros)

- | | | |
|---|-------------------------------|-------------------------|
| 1. Principal fuente de ingresos: Salario/honorarios () | Patrimonio/Ahorro/Pensión () | Negocio propio () |
| 2. Origen de los recursos: Herencia () | Ventas del negocio () | Ventas de inmuebles () |
| | Patrimonio/Ahorro () | Honorarios/Sueldos () |
| | | Otro ¿Cuál? |

3. Mencione si usted, su cónyuge o pariente colateral hasta segundo grado desempeñan funciones públicas destacadas en un país extranjero o en territorio nacional, ha sido jefe de estado o de gobierno, líder político, funcionario gubernamental, judicial o militar de alta jerarquía, alto ejecutivo de empresas estatales, funcionarios o miembro de partidos políticos.

Si () No ()

En caso afirmativo, describa el puesto:..... Parentesco o vínculo

4. ¿Esa persona tiene acciones o vínculos patrimoniales con una sociedad o asociaciones? Si () No ()
5. ¿Actúa en nombre y cuenta propia? Si () No ()

Acto jurídico a través del cual obtuvo el mandato o representación:.....

Parentesco o vínculo con usted

6. ¿Es accionista o socio de una sociedad o asociación? Si () No ()

Nombre y porcentaje de participación

.....

Firma

Información del Reembolso

Se solicita el reembolso de los gastos efectuados por la atención médica de: Nombre(s), Apellido Paterno, Apellido Materno

.....

Lugar de atención por enfermedad o accidente (entidad):.....

Tipo de Reclamación Inicial () Complemento () Si es Complemento referir número de Siniestro:.....

Tipo de Evento Accidente () Enfermedad () Embarazo ()

A continuación entrego la documentación para el trámite de la reclamación correspondiente, teniendo en cuenta que la conclusión o liquidación será en Desglose de Documentos: Informe Médico () Aviso de accidente y/o enfermedad ()



Factura de Hospital		Recibo de Honorarios		Facturas de Farmacia		Facturas de otros servicios	
Número	Monto	Número	Monto	Número	Monto	Número	Monto

Estudios que presenta: Radiografías () Laboratorio () Patología ()

Otros:

Total Reclamado

Datos del Tramitante

Nombre del Tramitante Teléfono

Observaciones
.....

Lugar y Fecha de Recepción

Recibíó

Nombre y Firma de quien recibe