

POLIZA	FECHA	FOLIO
CONTRATANTE		
ASEGURADO		CERTIFICADO
CORREO ELECTRONICO ASEGURADO		TELEFONO
CORREO ELECTRONICO AGENTE O PROMOTOR		TELEFONO

TIPO DE TRAMITE

REEMBOLSO GASTOS MEDICOS MAYORES ACCIDENTES PERSONALES CIRUGIA PROGRAMADA
 RECLAMACION INICIAL RECLAMACION COMPLEMENTARIA SINIESTRO NUMERO _____

DOCUMENTACIÓN NECESARIA PARA LA INTEGRACIÓN DE UN TRAMITE

REEMBOLSO GASTOS MÉDICOS MAYORES Y ACCIDENTES PERSONALES

Informe del reclamante
 Informe médico
 Carta de admisión hospitalaria o Finiquito anterior
 Copia de resultados e interpretaciones De estudios de laboratorio
 Copia de la receta medica que avalen la Prescripción del medicamento
 Factura hospitalaria
 Honorarios médicos
 Facturas farmacia
 Carta del colegio original indicando Como ocurrió el siniestro sellada y Firmada (Sólo en caso de AP)
 Copia de credencial del colegio del Afectado (Sólo en caso AP)
 Curp (Sólo en caso de AP)

PROGRAMACION DE CIRUGIA

Informe del Médico o Médicos tratantes, que atienden e intervendrán en el proceso al Asegurado, debidamente requisitados y firmados.(Se deberá presentar un informe por cada médico tratante)
 Informe del reclamante debidamente requisitado y firmado por el Asegurado
 Presupuesto del proceso quirúrgico que se practicará al Asegurado, indicando el Hospital y fecha donde se realizará el mismo.
 Estudios auxiliares de imagen y diagnóstico que respalden el por que habrá que realizar el proceso quirúrgico, acompañados del original de su interpretación.
 Copia de la carátula de la póliza vigente.
 Copia de credencial de seguro GMM del Asegurado afectado
 Copia de credencial oficial del Asegurado afectado
 En caso de ser una reclamación complementaria, deberá ingresar fotocopia de la autorización hospitalaria previa o del finiquito anterior.

FAVOR DE REALIZAR EL DESGLOSE DE SUS FACTURAS Y/O RECIBOS EN EL REVERSO DE LA HOJA

Si su trámite es inicial favor de anexar la siguiente documentación:

ARTICULO 140

(Del asegurado titular, en caso de ser menor de edad del contratante)

- PERSONA FISICA
 Copia de identificación oficial del Afectado, Copia del CURP, Copia de comprobante de domicilio, con una antigüedad no mayor de 3 meses de su fecha de emisión (Recibo de agua, Luz, Teléfono)
- PERSONA MORAL
 En caso de ser persona moral anexar RFC, IFE Representante Legal, Poder Notarial y Comprobante de domicilio con una antigüedad no mayor de 3 meses de su fecha de emisión (Recibo de agua, Luz, Teléfono)

 FECHA DE RECEPCION

 ELABORO

