

CHECK LIST REEMBOLSO

Nombre del Asegurado afectado: _____

No. de Póliza: _____ No. de Identificación: _____

Para tramitar una solicitud de reembolso, es necesario contar con la siguiente información para el análisis de su caso:

1. Solicitud de Reembolso
2. Aviso de accidente o enfermedad de General de Salud, Compañía de Seguros S.A. (requisitado en su totalidad con fecha y firma del asegurado)
3. Informe Médico de General de Salud, Compañía de Seguros S.A. (requisitado en su totalidad con cédula profesional del médico, fecha y firmas del asegurado y médico)
4. Información médica adicional (no indispensable, sólo en caso de ser necesario)
5. Receta Médica (en caso de aplicar)
6. Facturas o recibos de honorarios.
7. Archivo XML (impreso)
8. Resultados de estudios de Laboratorio y/o gabinete (copias de los reportes)
9. Odontograma (en caso de aplicar)
10. Copia de Estado de cuenta con CLABE interbancaria (18 dígitos)
11. Copia de Identificación oficial (previamente cotejada con la original)

Observaciones:

Nombre y firma de quien entrega: _____



Fecha: ____ / ____ / ____

Instrucciones:

Este formato debe ser completamente requisitado y firmado por el asegurado.
La recepción del formato sólo garantiza el trámite de reembolso de uso referido en Condiciones Generales.
No será válido con tachaduras o enmendaduras.

Este formato sólo será recibido si es entregado con los documentos descritos en el "check list" anexo.

DATOS GENERALES DEL ASEGURADO

Nombre del asegurado afectado:			RFC:	
Número de póliza:	No. de Identificación:	Teléfono:	Celular:	
Contratante:				

SELECCIONE TIPO DE REEMBOLSO

Consulta externa <input type="radio"/> Laboratorio y/o Gabinete <input type="radio"/> Programa Preventivo <input type="radio"/> Medicamentos <input type="radio"/>				
Maternidad <input type="radio"/> Ambulancia terrestre <input type="radio"/> Consultas a domicilio <input type="radio"/> Odontología <input type="radio"/>				

Ciudad donde recibió la atención:

DETALLE DEL REEMBOLSO

Monto reclamado:	Número de facturas entregadas:
Contratante y/o titular de Cuenta Bancaria	
Forma de pago por Transferencia Electrónica	Banco:
CLABE interbancaria (18 dígitos):	
_____	_____

No. DE FACTURA	DETALLE DE FACTURAS (CONCEPTO)	IMPORTE

Por el conducto indicado anteriormente solicito y autorizo a General de Salud, Compañía de Seguros S.A. para cualquier pago que proceda a mi favor, derivado del Contrato del Seguro concertado con esta Aseguradora me sea cubierto de acuerdo a los datos proporcionados al efectuarse el pago de acuerdo a la forma seleccionada, por el monto que proceda con base en las Condiciones de la Póliza y reconozco que se ha efectuado y otorgo a General de Salud, Compañía de Seguros S.A. el más amplio finiquito que en derecho proceda en relación con esta reclamación y en particular por este concepto.

En caso de omisión, error en algún dato y/o rechazo bancario para las formas de pago vía Transferencia Interbancaria y Tarjeta de Débito, el pago se realizará mediante la expedición de un cheque.

Lugar y Fecha

Firma del Titular