

Solicitud de Reembolso



INSTRUCCIONES:

1.- Este documento debe ser llenado en su totalidad con letra legible y firmado por el Beneficiario del Pago.

2.- Documentación que se debe presentar en cada solicitud de reclamo:

-Para Reclamaciones de tipo Inicial:

Formatos de Informe Médico (uno por cada médico tratante) y Aviso de Accidente o Enfermedad.

Copia de identificación oficial del Beneficiario del pago.

Copia de comprobante de domicilio del Beneficiario del pago cuando la indicada en la identificación oficial no sea la actual.

Copia de identificación oficial del afectado, para menores de edad se requiere copia del acta de nacimiento o credencial escolar.

-En todos los casos: Comprobantes de gastos efectuados con requisitos fiscales vigentes donde se indique el nombre del paciente.

En caso de facturas de farmacia, éstas deberán acompañarse por la receta médica correspondiente y deberá indicar dosificación y periodicidad.

Estudios de laboratorio o imagen deberán acompañarse de sus resultados o interpretación correspondientes.

-En complementos: Transcurridos 1 año a partir de la fecha del primer reclamo o bien seis meses después del último, será necesario presentar Informes médicos subsecuentes

Para poder proceder con el trámite de complemento es necesario que presente copia del finiquito del pago anterior en caso de que los hubiera.

- En caso de no contar con la documentación completa para la revisión de la reclamación, Prevem Seguros puede solicitar información adicional a la presentada en caso de requerirse.

I. Datos de contacto de quien presenta la reclamación a Prevem Seguros:

Asegurado	Agente	Tercero	NombreK	mail:	Mail:
-----------	--------	---------	---------	-------	-------

II. Datos del Contratante.

No. de Póliza :	Nombre o Razón Social del contratante:
-----------------	--

III. Datos del Asegurado Afectado

Nombre Asegurado AfectadoK	Parentesco con TitularK			
Lugar de Atención por Enfermedad o Accidente (País , Estado) K				
Tipo de Reclamación :	Inicial	Complemento	No de Siniestro K	
Tipo de Evento:	Enfermedad	Accidente	Maternidad	Gastos de Recién Nacido

IV. Datos del Asegurado titular y Beneficiario del Pago

Pago a Favor de:	Mail:		
Domicilio Calle y númeroK	Colonia :		
Delegación o Municipio :	Estado:	C.P. :	
R.F.C. :	CURP:	Nacionalidad :	
Ocupación o profesión :	Actividad o Giro del Negocio :		
Teléfono :	No teléfono celular :		
Ocupa o ha ocupado durante los últimos 6 años algún cargo público :	SI	NO	Cargo:

V. Documentación Presentada a Revisión

Presento la documentación listada a continuación para el trámite de esta reclamación de reembolso, enterado de que la revisión de la misma y validación de montos precedentes se harán de acuerdo a lo establecido en las condiciones generales de la póliza contratada. El presentar esta reclamación no significa la aceptación del riesgo por parte de Prevem Seguros.

No. DE RECIBO O FACTURA	NOMBRE DEL PROVEEDOR	MONTO	TIPO DE MONEDA
1.-			
2.-			
3.-			
4.-			
5.-			
6.-			
7.-			
8.-			
9.-			
10.-			

TOTAL PRESENTADO \$

VI. Resultados que se presentan de los siguientes estudios de laboratorio y gabinete

ELECTROCARDIOGRAMA	ORINA	RESONANCIA MAGNÉTICA	OTROS:
ELECTROENCEFALOGRAMA	RADIOGRAFÍAS	TOMOGRAFÍAS	
HISTOPATOLOGÍA	SANGRE	ULTRASONIDO	

Declaro que los datos y documentación proporcionada en este acto son verídicos, otorgando copias fotostáticas y autorizo a corroborarlas cuando la compañía lo considere conveniente. Asimismo autorizo expresamente para utilizar la presente documentación con cualquiera de las entidades financieras relacionadas a Prevem Seguros S.A. de C.V. con las cuales he contratado o llegue a contratar algún producto o servicio o con las que mantengo o llegue a mantener una relación jurídica de cualquier naturaleza. Declaro que no realizaré transacciones destinadas a actividades ilícitas a favor de terceras personas.

Declaro conocer y aceptar lo establecido en el Aviso de Privacidad de Prevem Seguros S.A. de C.V.

VII. Instrucciones para pago

TRANSFERENCIA ELECTRÓNICA

CHEQUE

Instrucciones para la opción de Pago por Transferencia electrónica:

Por este conducto solicito y autorizo a Prevem Seguros S.A. de C.V. para que cualquier pago que proceda a mi favor, derivado de este reclamo del Contrato de Seguros pactado con esta Aseguradora sean depositados en la cuenta bancaria a mi nombre, la cual tiene los siguientes datos:

Nombre del Banco: CLABE:

Importante: Es necesario que en la CLABE arriba señalada aparezca el asegurado Titular como TITULAR o COTITULAR de la misma y firme en ella de forma independiente (no mancomunada).

Con la suscripción del presente documento, otorgo a PREVEM SEGUROS S.A DE C.V, el más amplio finiquito que en derecho proceda respecto del pago que se efectúe correspondiente al padecimiento o enfermedad contenida en la presente reclamación. Este finiquito surtirá sus efectos a partir del momento en que efectivamente la compañía de seguros realice el pago en los términos autorizados con anterioridad.

El presente finiquito no prejuzga sobre la procedencia de la indemnización, sin embargo en caso de proceder el pago y una vez realizado el mismo, PREVEM SEGUROS S.A DE C.V, se subrogará hasta la cantidad pagada, en todos los derechos y acciones contra el o los causantes del daño esto de conformidad con los artículos 111 y 152 de la Ley Sobre el Contrato de Seguros.

Nombre y Firma del Asegurado Titular

CAMPO DE OBSERVACIONES EXCLUSIVO PREVEM SEGUROS:

Para cualquier duda o aclaración, Prevem Seguros se pone a sus órdenes en nuestro Centro de Atención Telefónica:
(55) 91782626 01800 277 3836

Prevem Seguros S.A. de C.V.
Tecoyotitla, No 412, Efid. Arenal, piso 3.Col. Ex Hacienda Guadalupe, Chimalistac, Deleg. Álvaro Obregón. México D.F., C.P 01050
Tel.91 78 26 00