

No. de Solicitud _____
Día Mes Año

Lugar _____ Fecha _____

Ref. Póliza No. _____ Certificado _____

Contratante _____

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

A quien corresponda:

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
_____	_____	\$ _____	_____	_____	\$ _____
_____	_____	\$ _____	_____	_____	\$ _____
_____	_____	\$ _____	_____	_____	\$ _____
_____	_____	\$ _____	_____	_____	\$ _____
_____	_____	\$ _____	_____	_____	\$ _____
_____	_____	\$ _____	_____	_____	\$ _____
_____	_____	\$ _____	_____	_____	\$ _____
_____	_____	\$ _____	_____	_____	\$ _____

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

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