



SOLICITUD DE REEMBOLSO DE GASTOS MÉDICOS MAYORES

DATOS DEL TRABAJADOR

Contratante: _____
Asegurado Titular _____ Expediente _____
Domicilio oficina _____ Ciudad _____
Clave Lada _____ Tels. Ofna _____ E-mail _____
Asegurado Afectado _____ Parentesco _____
Fecha nacimiento _____ Fecha Inscripción _____
Tipo de Plan: BASICO () PLAN OPCIONAL ()

DATOS DE LA RECLAMACION

Fecha de Acc. o Enf. _____ Fecha 1º gasto _____
 ACCIDENTE () ENFERMEDAD ()
Diagnóstico: _____
Pago inicial, No. Siniestro inmediato anterior: _____
Número de facturas presentadas: _____
Total reclamado: _____

DATOS PARA TRANSFERENCIA ELECTRÓNICA

El pago de esta reclamación se realizará vía transferencia bancaria, para lo cual es necesario nos proporcione la información que se indica:

Banco: _____
Sucursal: _____
Número de plaza: _____
Cuenta de cheques: _____

Este requisito es indispensable para poder realizar su reembolso.

CLABE bancaria de 18 dígitos:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

La cuenta debe de estar a nombre del empleado, no se aceptan cuentas de terceras personas, si existe algún error en la misma será responsabilidad del trabajador, Teléfonos de México, S. A. de C. V, y el prestador de servicios no tienen ninguna ingerencia con los montos que se depositen en otras cuentas por esta razón.

Firma del Empleado

Fecha