



Fecha	
Lugar	

**CARTA RECLAMACION**

NUM. POLIZA		Contratante	
Titular		Afectado	
Nombre del Agente		Clave	

TIPO DE RECLAMACION	REEMBOLSO DE GASTOS MEDICOS
---------------------	-----------------------------

**DOCUMENTACION QUE SE ENVIA**

Informe Médico	No ( )	Si ( )	Cantidad _____
Aviso de Accidente	No ( )	Si ( )	Cantidad _____
Aviso de Enfermedad	No ( )	Si ( )	Cantidad _____
Recetas Médicas	No ( )	Si ( )	Cantidad _____
Estudios de Laboratorio	No ( )	Si ( )	Cantidad _____
Estudios de Gabinete	No ( )	Si ( )	Cantidad _____
Facturas	No ( )	Si ( )	Cantidad _____
Otros (especifique)	No ( )	Si ( )	Cantidad _____

**DESGLOSE DE FACTURAS**

H O N O R A R I O S	H O S P I T A L	L A B O R A T O R I O	G A B I N E T E	F A R M A C I A	A M B U L A N C I A	O T R O S	NÚMERO FACTURA	RAZON SOCIAL	IMPORTE TOTAL
En caso de que el espacio sea insuficiente, favor de utilizar una hoja adicional							importe de la hoja anexa		
<b>TOTAL</b>									\$

Nombre de quién presenta la documentación		FIRMA	
---	--	-------	--