Solicitud de Reembolso

INSTRUCCIONES:

1. **Favor de contestar todos y cada uno de los espacios requeridos.**
2. **Este documento no será válido con tachaduras o enmendaduras.**

Datos del Asegurado afectado

Nombre: Nombre (s) | Apellido Paterno | Apellido Materno

Contratante:

No. póliza actual: **No. póliza anterior:**

Si en tu última renovación el número de póliza ha cambiado, por favor requisita los espacios correspondientes.

Por este medio solicito el Reembolso de los gastos efectuados por atención médica de:

(Anota aquí tu diagnóstico)

¿Has presentado reclamaciones anteriores por este padecimiento? ○ **Sí** ○ **No** **No. de siniestro (obligatorio):**

Si la respuesta es afirmativa, es necesario que ingreses Informe Médico para esta reclamación en los siguientes casos:

-Si presentas recibos de honorarios de un médico distinto a tu médico tratante.
-Si se trata de un padecimiento de larga evolución* y han transcurrido más de 3 meses desde la reclamación anterior.
-En caso de haber sido solicitado por **Plan Seguro** en tu último finiquito.

*Se define como padecimiento de larga evolución a aquellos con duración mayor a seis meses.

Indica los documentos que estás ingresando para el trámite de tu Reembolso:

1. **Aviso de Accidente y/o Enfermedad**
2. **Informe Médico de los doctores**

Dr. (a): **Especialidad:**

Dr. (a): **Especialidad:**

3. Indica los estudios de laboratorio o gabinete de los que ingresas interpretación:

4. Indica la moneda de los comprobantes ingresados:

Moneda Nacional: ○ **Moneda Extranjera:** ○ **Otra:**

Si presentas comprobantes en distintas monedas los debes ingresar en trámites por separado.

Plan Seguro S.A de C.V., Compañía de Seguros. Boulevard Adolfo Ruiz Cortines 3720, Torre II, Piso 4, Jardines del Pedregal, Álvaro Obregón, C.P. 01900, Ciudad de México. | **www.planseguro.com.mx**

Plan Seguro®

5. Relación de comprobantes, se debe enlistar por separado cada factura, aun cuando sea del mismo proveedor.

No. de factura:	Nombre del proveedor:	Monto:

El monto total de todos los comprobantes relacionados debe coincidir con la suma de dichos comprobantes, procurando presentar éstos en el mismo orden en el que se enlistan.

Total:

Debes requisitar la solicitud de pago por transferencia interbancaria, para la realización del pago en caso de procedencia del Reembolso.

Nota: En caso de transferencia interbancaria debes completar el formato de “Solicitud de pago por transferencia interbancaria (Reembolsos)”.

El Asegurado se subroga a favor de la Aseguradora por la cantidad indemnizada para que esta si así lo desea ejercite derechos o acciones en contra de terceros responsables del Siniestro, el Asegurado se obliga a auxiliar a la Aseguradora a entablar cualquier demanda o a ejercer acción ya sea por la vía judicial o extrajudicial, relacionada con el Siniestro indemnizado.

Importante:
Es necesario que escribas el número de cuenta completo (no debe quedar ningún espacio en blanco) y debes proporcionar un solo número de cuenta CLABE esto con el propósito de atender puntualmente tu solicitud. Plan Seguro, S.A. de C.V. Compañía de Seguros no se hace responsable del depósito si el número de cuenta no es correcto por lo que no incurrirá en ninguna responsabilidad al respecto y emitirá cheque a nombre del Titular de la cuenta bancaria.

Plan Seguro S.A. de C.V., Compañía de Seguros, con domicilio en calle Boulevard Adolfo Ruiz Cortines 3720, Torre II, Piso 4, Colonia Jardines del Pedregal, Alcaldía Álvaro Obregón, C.P. 01900, en la Ciudad de México, México; utilizará sus datos personales recabados para: Identificación del Titular; para la evaluación de su Solicitud de Seguro y selección de riesgos y, en su caso emisión de la Póliza de Seguro; trámite de sus solicitudes de pago de siniestros; administración; mantenimiento y renovación de la Póliza de Seguro; prevención de fraude y operaciones ilícitas; para información estadística; así como para todos los fines relacionados con el cumplimiento de nuestras obligaciones de conformidad con lo establecido en el contrato de seguro, la Ley sobre el Contrato de Seguro y en la normatividad vigente y aplicable; crear y administrar su perfil de usuario en nuestros servicios en línea; compartir y recabar información, así como gestionar con terceros proveedores de servicios de salud todo lo relacionado con las coberturas contenidas en su contrato de seguro; Integración y actualización del expediente de identificación del cliente, así como presentación de reportes a las autoridades competentes en términos de las disposiciones para prevenir el lavado de dinero y financiamiento al terrorismo; para dar cumplimiento a las obligaciones contraídas con usted; con fines estadísticos grupales, individuales, y para la creación de campañas preventivas de Salud; mercadotecnia, publicidad y prospección comercial. Para conocer mayor información acerca del tratamiento y de los derechos que puede hacer valer, puede consultar el aviso de privacidad integral en www.planseguro.com.mx

La evaluación de su Solicitud de Seguro y selección de riesgos y, en su caso, emisión de la Póliza de Seguro, trámite de sus Solicitudes de pago de siniestros, administración, mantenimiento y renovación de la Póliza de Seguro, prevención de fraude y operaciones ilícitas, para información estadística, así como para todos los fines relacionados con el cumplimiento de nuestras obligaciones de conformidad con lo establecido en el contrato, la Ley sobre el Contrato de Seguro y en la normatividad aplicable así como para prospección comercial. Para mayor información acerca del tratamiento y de los derechos que puede hacer valer, usted puede acceder al aviso de privacidad integral a través de: planseguro.com.mx y mediante avisos colocados en Oficina Matriz, Sucursales, Módulos de Atención y Oficinas de Desarrollo Comercial.

Nombre y firma del Asegurado afectado
(Padre, madre o tutor legal, en caso de menores de edad)

Lugar: **Fecha:** DD/MM/AAAA