

**CARTA REMESA PARA EL PAGO DE RECLAMACIONES
DE ACCIDENTES Y ENFERMEDADES**

Datos generales			
Nombre del Contratante:	Teléfono/Ext.	Correo electrónico	
Nombre del Asegurado:	Teléfono	Correo electrónico	
Nombre del Agente:	Teléfono/Ext.	Correo electrónico	
Póliza número	Certificado número	Reclamación número	
Conceptos		Importe erogado	Importe a indemnizar
1. Hospital o Clínica A. Número de días: _____ de hospitalización (Considerar costo diario de cuarto)			
B. Gastos extras (Considerar medicinas, derecho de sala de operaciones, análisis intrahospitalarios, etc.)			
2. Honorarios de cirujano			
3. Honorarios de ayudante			
4. Honorarios de anestesia y/o analgesia			
5. Honorarios médicos, número de visitas _____ y/o consultas _____			
6. Facturas de farmacia			
7. Facturas de radiología (anexar copia de resultados de estudios)			
8. Facturas de laboratorio (anexar copia de resultados de estudios)			
9. Honorarios de enfermera (especificar) días _____ horas _____			
10. Otros gastos (especificar)			
Total			
Anexó información artículo 492 Si _____ No _____			
El total de los gastos presentados debe coincidir exactamente con la suma de los comprobantes respectivos, los cuales deben anexarse a la presente carta en el mismo orden de los conceptos.			
En caso de que su trámite sea procedente, favor de emitir pago a nombre de: _____			
Si prefiere transferencia electrónica indicar:			
CLABE: _____		BANCO: _____	
ANEXAR COPIA DE ESTADO DE CUENTA DONDE APAREZCA LA CLABE INTERBANCARIA, ASÍ COMO IDENTIFICACIÓN OFICIAL			
Fecha en _____ a _____ de _____ de _____			
_____ Nombre y firma del Asegurado (titular en caso de menores de edad)			