SGC-CI-RG001-01

Umbrella compañía de seguros

Umbrella Compañía de Seguros, S.A. de C.V. Ave. Netzahualcóyotl No. 1660 -101 Col. Zona Urbana Rio, C.P. 22010, Tijuana, B.C.

Solicitud de Reembolso de Gastos Médicos y/o Funerarios

Favor de presentar este documento con los comprobantes originales de sus gastos, y Aviso de Accidente.

FECHA		
Día	Mes	Año

TRAMITE DE REEMBOLSO A REALIZAR			
GASTOS MEDICOS		GASTOS FUNERARIOS	

PÓLIZA NO.	NO. DE AUTORIZACIÓN

DATOS DEL ASEGURADO	APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRE(S)

DATOS DEL REEMBOLSO				
	FECHA DE ATENCIÓN DE SINIESTRO	Día	Mes	Año
	DETALLE DEL REEMBOLSO			
	CONCEPTO	IMPORTE DE GASTOS		
	1.- GASTOS FUNERARIOS	$		
	2.- GASTOS MÉDICOS			
	3. OTROS GASTOS (ESPECIFICAR):			
	TOTAL DE GASTOS	$		-

DICTAMEN DE LA INSTITUCIÓN		
	1.- GASTOS REALIZADOS CON ANTERIORIDAD EN PAGO DIRECTO A RED MÉDICA	$ -
	2.- IMPORTE NO PROCEDENTE DE GASTOS RELACIONADOS (JUSTIFICAR)	
	IMPORTE AUTORIZADO A PAGAR POR REEMBOLSO	$ -

INFORMACIÓN PARA EL PAGO	SELECCIONE UNA OPCIÓN DE PAGO Y REGISTRE LA INFORMACIÓN SOLICITADA.	
	☐ TRANSFERENCIA	Transferecia a la cuenta CLABE de 18 digitos que aparece en su estado de cuenta.
	☐ NUMERO DE TARJETA	Realizar el pago a una tarjeta de débito con el número del plástico de 16 digitos y el banco al que pertenece Nombre del Banco

NOMBRE Y FIRMA DE QUIEN SOLICITA EL REEMBOLSO

NOMBRE Y FIRMA DE QUIEN AUTORIZA EL REEMBOLSO