

RELACIÓN DE DOCUMENTOS PARA EL TRÁMITE DE SU RECLAMACIÓN DE ACCIDENTES Y ENFERMEDADES

Favor de relacionar todos los documentos de su reclamación, respetando las áreas sombreadas que son de uso exclusivo de Seguros SURA S.A. de C.V.				Certificado No.	Póliza No.	
Complemento SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>						
Contratante			Vigencia de Póliza	No. de Siniestro		
Nombre del Asegurado Titular			Nombre del Asegurado Afectado		Parentesco	
Recibos						
No.	No. Recibo/ Factura	Nombre del Médico, Laboratorio o Gabinete u Hospital	Especifique Especialidad del Médico (cirujano, anestesiólogo ayudante, etc.) y el estudio (radiografía, tomografía, química sanguínea, etc.)	Monto		Obs.
				I.V.A.	Total	
1						
2						
3						
4						
5						
6						
7						
8						
9						
10						
11						
12						
Informes Médicos (Uno por cada Médico tratante)						
No.	Especialidad	Nombre del Médico	Fecha de informe (D, M, A)	Observaciones		
1						
2						
3						
4						
5						
Hasta este momento y en referencia a sus recibos que nos anexa a esta relación de documentos						
<input type="checkbox"/> ¿Se encuentran completos y no habrá más en el futuro? <input type="checkbox"/> ¿Se encuentran incompletos por faltar recibos anteriores a la fecha? <input type="checkbox"/> ¿Se encuentran incompletos ya que habrá más en fechas futuras por continuación del tratamiento?						
Conducto por el cual desea recibir su respuesta						
<input type="checkbox"/> Agente Nombre y No. de Agente _____		<input type="checkbox"/> Regional ¿Cuál? _____		<input type="checkbox"/> Pasa a las Oficinas de Seguros SURA Nombre completo de quién pasa _____		
Atendido por (Nombre completo)			Lugar y Fecha			
Sello o Firma de la Persona que Recibe						