

GUIA DE LLENADO PARA SOLICITUD REEMBOLSO

FORMULARIO DE PAGO Y DE RELACIÓN DE GASTOS



I- MÉTODO DE PAGO:

Transferencia bancaria Cheque

Solo llenar en caso de seleccionar la opción transferencia Interbancaria y anexar copia del estado de cuenta en donde se aprecie claramente la Clabe Interbancaria y el Nombre del Titular de la Cuenta (si así lo desea puede ocultar los movimientos) y copia de la Identificación Oficial vigente con firma del Titular de la Cuenta (Credencial para votar, Cédula Profesional, Pasaporte, etc).

Banco:

Número de Cuenta:

Clabe Interbancaria:

Nombre del Titular de la Cuenta:

Autorizo a Pan-American México Compañía de Seguros, S. A. de C.V. para que me sea transferido a la cuenta de referencia el monto a reembolsar de mi reclamación.

II- GASTOS PRESENTADOS:

Número de factura	Proveedor	Descripción servicios proporcionados	Moneda	Monto
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Monto Total				<input type="text"/>

III- AUTORIZACIÓN Y FIRMAS:

Firma del Asegurado Principal:

Firma del paciente (en caso de no ser el Asegurado Principal y si es mayor de edad):

Fecha. Día/Mes/Año:

Fecha. Día/Mes/Año:

“En cumplimiento a lo dispuesto en el artículo 202 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas, estos formatos de carácter general, quedaron registradas ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, a partir del día 24 de agosto de 2016, con el número CGEN-S0119-0141-2016”.

Marcar con una X, en la opción correspondiente.

Indicar: Los datos de la cuenta donde se realizará el pago de los gastos a reembolsar. (de la alumna o el alumno).

Relacionar las facturas y recibos que se presentan a reembolso.

Firma de la alumna o el alumno.
Fecha de llenado.