

CARTA REMESA PARA EL PAGO DE RECLAMACIONES DE ACCIDENTES Y ENFERMEDADES

DATOS DE LA POLIZA

Indicar datos personales del Alumno.

Nombre y Clave del Agente	[INTERTEC.]		
No. Póliza	[D00-86175]	Vigencia del	al
Fecha alta Seg. Atlas			
Forma de pago	Fecha de pago	Período de pago	
Nombre del Contratante	[Universidad Iberoamericana A.C.]		
Nombre del Titular			
Nombre del Asegurado afectado	Fecha de Nac.	Edad	
Certificado	Secc.	Fecha de Antigüedad: Nacional	Extranjera

DATOS DEL SINIESTRO

Tipo de Siniestro:	Accidente ()	Enfermedad ()	Fecha de Siniestro	
Siniestro:	Inicial ()	Complementario ()	Fecha de recl.	
Tipo de Reclamación	Reembolso ()	Anticipo ()	Reexpedición ()	Otros
Indicador:				Clave:

Marcar X en la opción que corresponda Para Evento y Reclamación.

Relacionar las facturas y recibos que se presentan a reembolso, marcar e indicar los formatos anexos, así como los resultados de estudios

FACTURAS PRESENTADAS / MONTOS		PARA USO EXCLUSIVO DE SEGUROS ATLAS	
CONCEPTO	IMPORTE PRESENTADO	IMPORTE PAGADO	DIFERENCIA
1.- Cirujano			
2.- Ayudante			
3.- Anestesiista			
4.- Material Anestésico			
5.- Cuarto de Hospital			
6.- Sala de Recuperación			
7.- Material y Equipo			
8.- Consultas			
9.- Medicamentos			
10.- Laboratorio y Gabinete			
11.- Otros			
12.- Otros			
13.- Otros			
16.- I.V.A. (Solo pagos directos)			
GASTOS NO CUBIERTOS			
TOTAL			
MENOS DEDUCIBLE			
MENOS COASEGURO			
MAS I.V.A. (Solo pago directo)			
TOTAL A PAGAR			
OBSERVACIONES:			

NOTA: El total de gastos presentados debe coincidir exactamente con la suma de los comprobantes respectivos, los cuales deben presentarse en la presente carta en el mismo orden de conceptos.
En caso de proceder el pago, favor de remitir el cheque a nombre de: _____

USO EXCLUSIVO DE SEGUROS ATLAS

Fecha		
ELABORO (Nombre y Firma)	Dictamen Médico AUTORIZO (Nombre y Firma)	Dictamen Administrativo AUTORIZO (Nombre y Firma)

F-(23-V-10-2000)

Caja

Seguros Atlas, S.A. faseo de los Tamarindos No. 60 Col. Bosques de las Lomas, 05120 México, D.F.
Tel.: (55) 9177-50-00 Fax: 9177-51-10 www.segurosatlas.com.mx segatlas@segurosatlas.com.mx