MediAccess
Seguros de Salud

Medi Access Seguros de Salud S.A. de C.V.
Blvd. Adolfo Ruíz Cortines No. 3642, Piso 9 Oficina 901-B
Col. Jardines del Pedregal, del. Álvaro Obregón, C.P. 01900, CDMX..

Solicitud de Reembolso

FOLIO DE TRÁMITE

FECHA

Instrucciones y políticas:
.Este formato debe ser completamente requisitado y firmado por el asegurado.
.La recepción del formato sólo garantiza el trámite de reembolso y/o Manual de uso referido en Condiciones Generales.
.No será válido con tachaduras o enmendaduras.

Este formato sólo será recibido si cumple con políticas y es entregado con el resto de documentos según Check List para trámite de reembolso y/o Manual de uso referido en Condiciones Generales.

DATOS GENERALES DEL ASEGURADO

Nombre del asegurado afectado		RFC
Credencial	Número de póliza	Teléfono
Contratante		

SELECCIONE TIPO DE REEMBOLSO

Red de prestaciones de servicio ○ Urgencia ○ Emergencia en el Extranjero ○

Óptima recuperación ○ Emergencia Nacional ○ Bienestar Garantizado ○

Ciudad donde recibió la atención

DETALLE DEL REEMBOLSO

Monto reclamado	Número de facturas entregadas
Contratante y/o titular de Cuenta Bancaria	
Forma de pago por Transferencia Electrónica	Banco:

Clabe interbancaria: ☐☐☐ ☐☐☐ ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐ ☐

No. DE FACTURA	DETALLE DE FACTURAS (CONCEPTO)	IMPORTE

En caso de omisión, error en algún dato y/o rechazo bancario para las formas de pago vía Transferencia Interbancaria y Tarjeta de Débito, el pago se realizará mediante la expedición de un cheque.
Por el conducto indicado anteriormente solicito y autorizo a MediAccess para cualquier pago que proceda a mi favor, derivado del Contrato del Seguro concertado con esta Aseguradora me sea cubierto de acuerdo a los datos proporcionados al efectuarse el pago de acuerdo a la forma seleccionada, por el monto que proceda con base en las Condiciones de la Póliza y reconozco que se ha efectuado y otorgo a MediAccess el más amplio finiquito que en derecho proceda en relación con esta reclamación y en particular por este concepto.

Lugar y Fecha	Firma del Contratante