



Póliza No.: _____ Certificado No.: _____

Nombre del titular: _____

Nombre del dependiente: _____

Fecha: _____

CONCEPTO	GASTOS PRESENTADOS
Cuarto diario y alimentos	
Gastos especiales de hospital	
Honorarios médicos por cirugía	
Honorarios médicos por consultas	
Honorarios médicos por anestesia	
Gastos de ambulancia	
Enfermera especial	
Gastos de laboratorio y rayos X (fuera del hospital)	
Gastos de medicinas (fuera del hospital, con respectiva factura y receta)	
Gastos por accidente	
Otros	
Sub-Total	
IVA	
Totales	

Importante:

El total de gastos deberá coincidir con la suma de los comprobantes respectivos, presentando estos en el mismo orden de los conceptos.

Firma del asegurado

No. de teléfono del asegurado: _____ Correo del asegurado: _____