

Folio:

Desglose de Gastos

| | | | | | |
|------------------------------|---|---|----------------|--|--|
| Número de Póliza | | Certificado | | Complemento Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> | |
| Vigencia | Desde las 12:00 hrs. del día (DD/MM/AAAA) | Hasta las 12:00 hrs. del día (DD/MM/AAAA) | Núm. Siniestro | | |
| Nombre del Asegurado titular | | Nombre del Asegurado afectado | | Parentesco | |

Recibos

| No. Recibo / Factura | Nombre del Médico, laboratorio, farmacia, gabinete u hospital | Especifica especialidad del médico (cirujano, anesthesiólogo, ayudante, etc.) | IVA | Total |
|----------------------|---|---|-----|-------|
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

Informes médicos (uno por cada médico tratante)

| Nombre del médico | Especialidad | Fecha Informe (DD/MM/AAAA) | Observaciones |
|-------------------|--------------|----------------------------|---------------|
| | | | |
| | | | |

| | | |
|---------------|--|---------------|
| Atendido por: | Sello y firma de la persona que recibe | Lugar y fecha |
|---------------|--|---------------|

Seguros Ve por Más S.A., Grupo Financiero Ve por Más. Paseo de la Reforma 243, piso 16, Col. Cuauhtémoc, C.P. 06500, CDMX, te recuerda que tus datos personales serán utilizados para dar trámite y seguimiento a la solicitud del producto o servicio de tu interés. Para mayor información sobre el uso de tus datos personales, puedes acceder a nuestro aviso de privacidad integral a través de www.vepormas.com