



Formato Solicitud de Reembolso Seguro de Gastos Médicos Mayores



Número de póliza y certificado
(Para ser llenado por Plenit)

Póliza	
Certificado	

1. Este formulario deberá ser llenado a una sola tinta, con letra legible y deberá tener firma autógrafa del Asegurado afectado y del médico tratante. No será válido con tachaduras o enmendaduras y de lo declarado no se aceptarán cambios posteriores.
2. Es necesario llenar el formato en su totalidad y proporcionar información completa y detallada.
3. Por el hecho de proporcionar este formato, Plenit Compañía de Seguros, S.A. de C.V., no queda obligada a admitir la validez de la reclamación ni a renunciar a los derechos que se reserva conforme a la póliza.
4. Este formulario deberá ser acompañado de la siguiente documentación:
 - a. Identificación oficial vigente del asegurado afectado.
 - b. Todos los estudios de laboratorio, gabinete, patología y recetas que den sustento al diagnóstico.
 - c. En caso de solicitud de preautorización de servicio médico favor de anexar todos los estudios de laboratorio, gabinete, patología y recetas que den sustento al diagnóstico y a la necesidad del tratamiento médico solicitado.
 - d. En caso de accidente, Plenit Compañía de Seguros, S.A. de C.V., se reserva el derecho de solicitar pruebas toxicológicas y los reportes correspondientes de las autoridades competentes y/o proveedor del servicio médico.
 - e. Copia de la carátula del estado de cuenta bancario a la que se hará el(los) depósito(s) correspondiente(s) en la que se observe la cuenta CLABE interbancaria.

Lugar:

Fecha:

Día

Mes

Año

DATOS GENERALES DE IDENTIFICACIÓN DEL CONTRATANTE PERSONA FÍSICA

Nombre(s):

Apellido Paterno:

Apellido Materno:

RFC:

Correo electrónico:

Teléfono(s):

Fecha de nacimiento:

CURP:

País de nacimiento:

Día

Mes

Año

Entidad federativa de nacimiento:

Nacionalidad:

Profesión u ocupación:

Número de serie del certificado digital de la firma electrónica avanzada (si cuenta con ella):

Número de identificación fiscal (para extranjeros, si cuenta con ella):

DATOS GENERALES DE IDENTIFICACIÓN DEL CONTRATANTE PERSONA MORAL

Denominación o Razón Social:

En caso de requerir mayor información llamar al Centro de Atención Plenit: 22 26 90 71 10 a nivel nacional o en www.plenit.mx



Formato Solicitud de Reembolso

Seguro de Gastos Médicos Mayores



RFC:

Correo electrónico:

Teléfono(s):

Fecha de constitución:

Folio mercantil:

Objeto social o giro comercial:

Día

Mes

Año

Número de identificación fiscal (para extranjeros, si cuenta con ella):

Número de serie del certificado digital de la firma electrónica avanzada (si cuenta con ella):

Nacionalidad:

DOMICILIO (PERSONA FÍSICA O MORAL):

Calle:

Número exterior:

Número interior:

Colonia:

Municipio/Alcaldía:

Ciudad o Población:

Entidad federativa:

Código Postal:

Correo electrónico:

Teléfono(s):

DATOS GENERALES DE IDENTIFICACIÓN DEL ASEGURADO TITULAR

Nombre(s):

Apellido Paterno:

Apellido Materno:

RFC:

Correo electrónico:

Teléfono(s):

Fecha de nacimiento:

Edad:

Sexo:

CURP:

☐

Mujer

☐

Hombre

Día

Mes

Año

País de nacimiento:

Entidad federativa de nacimiento:

Nacionalidad:

En caso de requerir mayor información llamar al Centro de Atención Plenit: 22 26 90 71 10 a nivel nacional o en www.plenit.mx



DATOS GENERALES DE IDENTIFICACIÓN DEL ASEGURADO AFECTADO

Nombre(s):	Apellido Paterno:	Apellido Materno:
Fecha de nacimiento:	Correo electrónico:	Teléfono(s):
Día	Mes	Año

TIPO DE RECLAMACIÓN

☐ Reclamación inicial ☐ Reclamación complementaria Plenit ☐ Reclamación complementaria otras compañías

Diagnóstico:

Favor de indicar en la siguiente tabla el número de factura, fecha, emisor y monto de cada una: Monto total reclamado:

No. de factura:	Fecha de factura: DD/MM/AAAA	Nombre del emisor de la factura:	Monto de la factura:
1			
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			
9			
10			

Entrega de aviso de accidente y/o enfermedad:	☐ Si ☐ No	Entrega de informe médico, resumen clínico o historia clínica:	☐ Si ☐ No
Entrega de resultados de estudios:	☐ Si ☐ No	¿Cuáles?	
Entrega de otros documentos:	☐ Si ☐ No	¿Cuáles?	



DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL TITULAR DE LA CUENTA BANCARIA (Persona física o Representante Lgal)

Nombre(s): _____ Apellido Paterno: _____ Apellido Materno: _____

Calle: _____ Número exterior: _____ Número interior: _____ Colonia: _____

Municipio/Alcaldía: _____ Ciudad o Población: _____ Entidad federativa: _____ Código Postal: _____

¿Usted o alguien con quién se encuentra relacionado, desempeña algún puesto en el gobierno? ☐ Si ☐ No Cargo: _____ Dependencia: _____

¿Actúa en nombre y cuenta propia? ☐ Si ☐ No En caso negativo, indique el nombre del tercero por el que usted está actuando: _____

☐ Asegurado Titular ☐ Contratante ☐ Asegurados ☐ Beneficiario CLABE (18 dígitos): _____

Nombre del banco: _____