

RELACION DE DOCUMENTOS PARA EL TRÁMITE DE SU RECLAMACIÓN DE ACCIDENTES Y ENFERMEDADES



Favor de relacionar todos los documentos de su reclamación, respetando las áreas sombreadas que son de uso exclusivo de Royal & SunAlliance Seguros México, S.A. de C.V.				Certificado No.		Póliza No.	
Complemento <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No							
Contratante				Vigencia de la Póliza (D, M, A)		No. de Siniestro	
Nombre del Asegurado Titular				Nombre del Asegurado Afectado		Parentesco	
Recibos							
No.	No. Recibo/ Factura	Nombre del Médico, Laboratorio o Gabinete u Hospital	Especifique Especialidad del Médico (cirujano, anesthesiologo, ayudante, etc.) y del Estudio (radiografía, tomografía, química sanguínea, etc.)	Monto		Obs.	
				I.V.A.	Total		
1.							
2.							
3.							
4.							
5.							
6.							
7.							
8.							
9.							
10.							
11.							
12.							
Informes Médicos (Uno por cada Médico Tratante)							
No.	Nombre del Médico	Especialidad	Fecha Informe (D, M, A)	Observaciones			
1.							
2.							
3.							
4.							
5.							
Importante							
Hasta este momento y en referencia a sus recibos que nos anexa a esta relación de documentos							
<input type="checkbox"/> ¿Se encuentran completos y no habrá más en el futuro? <input type="checkbox"/> ¿Se encuentran incompletos por faltar recibos anteriores a la fecha? <input type="checkbox"/> ¿Se encuentran incompletos ya que habrá más en fechas futuras por continuación del tratamiento?							
Conducto por el cual Desea Recibir su Respuesta							
<input type="checkbox"/> Agente		<input type="checkbox"/> Regional		<input type="checkbox"/> Pasa a las Oficinas de RSA			
Nombre y No. Agente _____		¿Cuál? _____		Nombre Completo de quién pasa: _____			
Atendido por (Nombre completo): _____				Lugar y Fecha _____			
Sello o Firma de la Persona que Recibe							