



Seguros Atlas, S.A.

"La Empresa a la Medida" ®

Seguros Atlas, S.A. Paseo de los Tamarindos No. 60 Col. Bosques de las Lomas, 05120 México, D.F. Tel.: (55) 9177-50-00
Fax: 9177-51-10 www.segurosatlas.com.mx segatlas@segurosatlas.com.mx

CARTA REMESA PARA EL PAGO DE RECLAMACIONES DE ACCIDENTES Y ENFERMEDADES

DATOS DE LA POLIZA

Nombre y Clave del Agente _____	
No. Póliza _____ Vigencia del _____ / _____ / _____ al _____ / _____ / _____	Fecha alta Seg. Atlas _____ / _____ / _____
Forma de pago _____ Fecha de pago _____ / _____ / _____	Período de pago _____ / _____ / _____
Nombre del Contratante _____	
Nombre del Titular _____	
Nombre del Asegurado afectado _____	Fecha de Nac. _____ / _____ / _____ Edad _____
Certificado _____ Secc. _____	Fecha de Antigüedad: Nacional _____ Extranjera _____

DATOS DEL SINIESTRO

Tipo de Siniestro: Accidente ()	Enfermedad ()	Fecha de Siniestro _____ / _____ / _____
Siniestro: Inicial ()	Complementario ()	Fecha de recl. _____ / _____ / _____
Tipo de Reclamación Reembolso ()	Anticipo ()	Reexpedición () Otros _____
Padecimiento: _____		Clave: _____

FACTURAS PRESENTADAS / MONTOS		PARA USO EXCLUSIVO DE SEGUROS ATLAS	
CONCEPTO	IMPORTE PRESENTADO	IMPORTE PAGADO	DIFERENCIA
1.- Cirujano			
2.- Ayudante			
3.- Anestesiista			
4.- Material Anestésico			
5.- Cuarto de Hospital			
6.- Sala de Recuperación			
7.- Material y Equipo			
8.- Consultas			
9.- Medicamentos			
10.- Laboratorio y Gabinete			
11.- Otros			
12.- Otros			
13.- Otros			
16.- I.V.A. (Solo pagos directos)			
GASTOS NO CUBIERTOS			
TOTAL			
MENOS DEDUCIBLE			
MENOS COASEGURO			
MAS I.V.A. (Solo pago directo)			
TOTAL A PAGAR			

OBSERVACIONES:

NOTA: El total de gastos presentados debe coincidir exactamente con la suma de los comprobantes respectivos, los cuales deben presentarse en la presente carta en el mismo orden de conceptos.
En caso de proceder el pago, favor de remitir el cheque a nombre de: _____

USO EXCLUSIVO DE SEGUROS ATLAS

Fecha _____	Dictamen Médico	Dictamen Administrativo
ELABORO (Nombre y Firma)	AUTORIZO (Nombre y Firma)	AUTORIZO (Nombre y Firma)

COBERTURAS

BASICAS

PLAN HOSIPITALARIO	Atlas Med. Plus	Atlas Med. Optimo
--------------------	-----------------	-------------------

Suma Asegurada	Deducible	Coaseguro	Tabla Honorarios	Cobertura			Condiciones
				Nac.	Ext.	Mund	
Suma Asegurada Cesárea	Deducible	Coaseguro	Cuna	Pediatria			C.E.E.
Suma Asegurada Parto Normal	Deducible	Coaseguro	Cuna	Pediatria			A.A.

ADICIONALES

Preexistencia período de espera de _____ A partir de _____	Sida período de espera de _____ A partir de _____
---	--

ESPECIALES

Observaciones:

Datos revisados por:	Fecha:
----------------------	--------