

Folio:

Desglose de Gastos			
Número de Póliza		Certificado	Complemento Sí ☐ No ☐
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, anestesiólogo, 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