

Carta remesa para el pago de reclamaciones de accidentes y enfermedades

Datos de la póliza

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 _____ Sec. _____ 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. (sólo pagos directos)			
Gastos no cubiertos			
Total			
Menos deducible			
Menos coaseguro			
Mas I.V.A. (sólo 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: _____

AVISO DE PRIVACIDAD SIMPLIFICADO PARA CLIENTES

(Proponentes y solicitantes, contratantes, asegurados, beneficiarios, fideicomitentes, fideicomisarios y proveedores de recursos)

En cumplimiento con lo dispuesto por la Ley Federal de Protección de Datos Personales en Posesión de los Particulares, Seguros Atlas, S.A. (Seguros Atlas) con domicilio en Paseo de los Tamarindos No. 60- PB, Col. Bosques de las Lomas, 05120 México, D.F. Tel.: (55)9177-50-00, hace de su conocimiento que tratará los datos personales generales y sensibles que Usted proporcione para la evaluación de su solicitud de seguro y selección de riesgos y, en su caso, emisión del contrato de seguro, trámite de sus solicitudes de pago de siniestros, administración, mantenimiento y renovación de la póliza de seguro, prevención de fraude y operaciones ilícitas, para información estadística así como para todos los fines relacionados con el cumplimiento de nuestras obligaciones de conformidad con lo establecido en el propio contrato, la Ley sobre el Contrato de Seguro y en la normatividad aplicable.

Para mayor información ponemos a su disposición, nuestra página de internet www.segurosatlas.com.mx en donde usted podrá consultar nuestro Aviso de Privacidad Integral, así como los mecanismos para hacer valer su derecho ARCO.

CONSENTIMIENTO

En cumplimiento con lo dispuesto por la Ley Federal de Protección de Datos Personales en Posesión de los Particulares, autorizo a Seguros Atlas, S.A., a tratar y, en su caso, transferir mis datos personales, los sensibles y los patrimoniales o financieros, para todos los fines vinculados con la relación jurídica que tengamos celebrado o que en su caso, se celebre, así como para los indicados en el Aviso de Privacidad, cuyo contenido conozco y que previamente se ha puesto a mi disposición.

En caso de haber proporcionado datos personales, sensibles, patrimoniales o financieros de otros titulares, me obligo a hacer del conocimiento de dichos titulares que he proporcionado tales datos a Seguros Atlas, S.A. y a hacer de su conocimiento los lugares en donde se encuentra a su disposición el referido Aviso de Privacidad.

USO EXCLUSIVO DE SEGUROS ATLAS

Fecha _____

Elaboro (nombre y firma)

Dictamen médico
Autorizo (nombre y firma)

Dictamen administrativo
Autorizo (nombre y firma)