

REEMBOLSO INICIAL

Importante: Todos los formatos deben ser llenados a computadora o a mano, con tinta negra o azul, y contar con firma autógrafa (no digital).

1. Aviso de Accidente o Enfermedad:

- Llenado en su totalidad y firmado, especificando diagnóstico(s) definitivo(s) y cuenta clabe del titular.
- Las fechas de la reclamación deben coincidir con las fechas del Informe Médico
- Solo se entrega en la primera reclamación por cada siniestro o en caso de solicitar cambio en su cuenta clabe.

2. Informe Médico

- Llenado en su totalidad, con letra legible y firmado por el médico tratante.
- Se entrega en la primera reclamación por cada siniestro y posteriormente cada 6 meses en caso de seguir presentando
- Diagnóstico definitivo y causa y/o etiología.

3. Solicitud de Reembolso del Seguro de Gastos Médicos Mayores

- Debidamente requisitado con nombre y firma del titular
- Cuenta CLABE de 18 dígitos vigente (debe coincidir con estado de cuenta bancario)

4. Facturas originales y comprobantes de los proveedores de servicios médicos (hospitales, médicos, farmacias, laboratorios, gabinetes, etc.)

- Todos estos documentos deben cumplir con los requisitos fiscales vigentes y estar a nombre del titular de la Póliza.
- Presentar desglose de los gastos realizados por cada concepto y costo unitario de:
 - Estudios de laboratorio
 - Estudios de gabinete
 - Gastos de farmacia

EMAIL:

CONTACTO@
URRETASEGUROS.MX

TEL:

(222) 231 6703
/ 01 800 347 8578

@URRETASEGUROS   

DIR:

PASEO SINFONÍA 3 EDIFICIO D
INT. 404 LOMAS DE ANGELÓPOLIS II
SAN ANDRÉS CHOLULA, PUE.
C.P. 72830

- Se deberá presentar resultados de laboratorios, interpretaciones de estudios (realizados por médicos especialistas en imagenología) y recetas, respectivamente.
- 5. Recibos de honorarios médicos a nombre del titular de la Póliza, especificando los conceptos y costos unitarios.**
- En caso de que el recibo de honorarios rebase el GUA (gasto usual acostumbrado) se deberá presentar desglose por concepto y/o procedimiento realizado y costos unitarios.
- 6. Identificación Oficial Vigente**
- INE, Pasaporte.
 -
- 7. Comprobante de Domicilio No Mayor a 3 meses**
- Debe coincidir con el domicilio establecido en los formatos
- 8. Formato de Identificación del Cliente - Persona Física**
- Presentar en reclamaciones iniciales
 - Asegurado Titular y Afectado
 -
- 9. Estado de cuenta bancario no mayor a 3 meses**
- Con cuenta CLABE visible
 - Debe coincidir con la cuenta registrada en los formatos

PROGRAMACIÓN DE CIRUGÍA/MEDICAMENTOS

1. Aviso de Accidente o Enfermedad:

- Llenado en su totalidad y firmado, especificando diagnóstico(s) definitivo(s) y cuenta clabe del titular.
- Las fechas de la reclamación deben coincidir con las fechas del Informe Médico

- Solo se entrega en la primera reclamación por cada siniestro o en caso de solicitar cambio en su cuenta CLABE.

2. Informe Médico:

- Llenado en su totalidad, con letra legible y firmado por el médico tratante.
- Se entrega en la primera reclamación por cada siniestro y posteriormente cada 6 meses en caso de seguir presentando
- Diagnóstico definitivo y causa y/o etiología.
- En caso de Programación de Cirugía, establecer los procedimientos a realizar y el hospital donde se realizará el procedimiento.
- En caso de programación de Medicamentos se deberá presentar a la asegurada receta médica en original y **Formato Para Facilitar La Entrega De Medicamentos** al inicio de la reclamación y deberá actualizarse la receta e Informe Médico cada 6 meses.

3. Estudios que comprueben el diagnóstico emitido por el médico tratante

- Resultados de Laboratorio
- Interpretación de Ultrasonido, Resonancia Magnética, Radiografía, Tomografía Computada

4. Identificación Oficial Vigente

- INE, Pasaporte.

5. Comprobante de Domicilio No Mayor a 3 meses

- Debe coincidir con el domicilio establecido en los formatos.

6. Formato de Identificación del Cliente - Persona Física

- Presentar en reclamaciones iniciales
- Asegurado Titular y Afectado

7. Cotización de material o equipo cuando el procedimiento lo requiera

EMAIL:

CONTACTO@
URRETASEGUROS.MX

TEL:

(222) 231 6703
/ 01 800 347 8578

@URRETASEGUROS   

DIR:

PASEO SINFONÍA 3 EDIFICIO D
INT. 404 LOMAS DE ANGELÓPOLIS II
SAN ANDRÉS CHOLULA, PUE.
C.P. 72830

VIDA

DOCUMENTOS PARA COBERTURA BÁSICA POR FALLECIMIENTO Y GASTOS FUNERARIOS

DOCUMENTOS DEL ASEGURADO

Presentar original de:

1. Acta de defunción.
2. Acta de nacimiento.
3. Consentimiento / Certificado individual que lo acredita como asegurado de Allianz México, actualizado y que incluya los siguientes datos:
4. Contratante, número de póliza con fecha del documento.
5. Regla de suma asegurada.
6. Designación de beneficiarios.
7. Firma del Asegurado.
8. Firma del director de la Aseguradora.

Presentar copia simple de:

1. Reporte de Incidencias del IMSS generado (Baja del asegurado)
2. Identificación Oficial vigente (credencial de elector, pasaporte, cédula profesional, licencia de conducir, credencial del IMSS)
3. Comprobante de Domicilio en caso de ser diferente al registrado en el IFE o de no encontrarse en la identificación presentada (Recibos Agua, Luz, Teléfono, impuesto predial o estados de cuenta bancarios, con una vigencia no mayor a tres meses de su fecha de emisión)
4. Último recibo de nómina, puede ser documento digital o electrónico.

DOCUMENTOS DEL(OS) BENEFICIARIO(S)

Presentar original de:

EMAIL:
CONTACTO@
URRETASEGUROS.MX

TEL:
(222) 231 6703
/ 01 800 347 8578

@URRETASEGUROS   

DIR:
PASEO SINFONÍA 3 EDIFICIO D
INT. 404 LOMAS DE ANGELÓPOLIS II
SAN ANDRÉS CHOLULA, PUE.
C.P. 72830

1. Formato para Conocimiento e identificación del cliente; para los beneficiarios de seguro de vida, corresponde el formato de persona física.

Presentar copia simple de:

1. Acta de nacimiento.
2. Identificación Oficial vigente (credencial de elector, pasaporte, cédula profesional, licencia de conducir, credencial del IMSS)
3. Comprobante de Domicilio en caso de ser diferente al registrado en el IFE o de no encontrarse en la identificación presentada (Recibos Agua, Luz, Teléfono, impuesto predial o estados de cuenta bancarios, con una vigencia no mayor a tres meses de su fecha de emisión)
4. Acta de matrimonio (En caso de que el beneficiario sea el cónyuge)
5. Resolución de Concubinato emitida por el Juez de lo Familiar, o carta del beneficiario aceptando la retención de ISR del 20% (En caso de que el beneficiario sea concubino(a)); ó documento que sustente que se trata de Sociedad de Convivencia (cuando así aplique)
6. Estado de cuenta bancario de cada beneficiario, en el cual aparezcan los datos del titular de la cuenta y la clabe interbancaria de 18 dígitos para realizar los pagos correspondientes vía transferencia electrónica.

DOCUMENTOS ADICIONALES PARA OTRAS COBERTURAS DE PÓLIZAS DE VIDA

PARA LA COBERTURA DE MUERTE ACCIDENTAL

Presentar copia simple de:

1. Actuaciones del Ministerio Público, desde el inicio de la Averiguación Previa hasta la conclusión de la investigación, que incluyen, pero no se limitan a:
 - Conocimiento y fe de hechos.
 - Resultado de exámenes realizados: toxicológicos y alcoholemia.
 - Reconocimiento del cadáver.
 - Peritajes de inspección oculares.
 - Investigaciones y declaraciones de testigos.

EMAIL:

CONTACTO@
URRETASEGUROS.MX

TEL:

(222) 231 6703
/ 01 800 347 8578

@URRETASEGUROS   

DIR:

PASEO SINFONÍA 3 EDIFICIO D
INT. 404 LOMAS DE ANGELÓPOLIS II
SAN ANDRÉS CHOLULA, PUE.
C.P. 72830

PARA LA COBERTURA DE PÉRDIDAS ORGÁNICAS E INVALIDEZ TOTAL Y PERMANENTE

1. PRESENTAR COPIA CERTIFICADA POR EL IMSS Y/O ISSSTE DE:
 - **Formato ST-3 ó ST-4** de Dictamen de Invalidez emitido por el IMSS, o Formato de Invalidez del ISSSTE. (para invalidez o pérdidas orgánicas)
2. Ultimas Radiografías (en caso necesario por pérdida orgánica)

EMAIL:

CONTACTO@
URRETASEGUROS.MX

TEL:

(222) 231 6703
/ 01 800 347 8578

@URRETASEGUROS   

DIR:

PASEO SINFONÍA 3 EDIFICIO D
INT. 404 LOMAS DE ANGELÓPOLIS II
SAN ANDRÉS CHOLULA, PUE.
C.P. 72830

urreta

ASESORES DE SEGUROS



URRETASEGUROS
.MX

MX-2026

Lo que

decides

nos importa

TRAVEL
ASSISTANCE:

ACTIVE