

CHECK LIST REEMBOLSO INICIAL

1. **Formato de aviso de accidente y/o enfermedad.**
2. **Formato para trámite de Reembolso de Accidentes y/o Enfermedades.**
3. **Formato para solicitud de pago-finiquito, por transferencia bancaria de Vida, Accidentes y/o Enfermedades.**
4. **Formato de Identificación de Clientes al Siniestro – Art. 492**
 - En número de identificación oficial colocar “IDMEX”
 - El domicilio debe ser el mismo que el comprobante de domicilio, incluir Código Postal
 - Titular y Afectado
 - No es necesario incluir si el asegurado afectado es menor de edad
5. **Informe Médico**
 - De cada uno de los médicos que brindó atención al asegurado.
 - En caso de reembolso por terapias de rehabilitación, incluir informe medico del fisioterapeuta.
6. **Facturas (Incluir XML)**
 - Hospital (Incluir desglose por valor y costo unitario).
 - Honorarios médicos (Incluir desglose por montos, procedimientos y fecha de atención).
 - Estudios (Rayos X, Tomografía, Ultrasonido, Laboratorios). En caso de laboratorios, incluir desglose por costo unitario o incluir en la descripción de la factura a que estudio corresponde.
 - Rehabilitación (Incluir bitácora de asistencia firmada por asegurado y terapeuta).
7. **Copia de Identificación Oficial Vigente del titular de la póliza y del afectado (INE, Pasaporte).**
 - En caso de que el afectado sea menor de edad presentar CURP
8. **Estado de cuenta bancario no mayor a 3 meses con cuenta CLABE**
 - Deberá ser del titular de la póliza
 - La cuenta CLABE debe coincidir con el Formato para solicitud de pago finiquito, por transferencia bancaria de Vida, Accidentes y/o Enfermedades.
9. **Comprobante de domicilio no mayor a 3 meses (Luz, Agua, Servicios telefónicos).**
10. **Recetas (Medicamentos, Terapias, Estudios).**
11. **Resultados/Interpretaciones de estudios que confirmen el diagnóstico (Laboratorio, Tomografía, Radiografías, Resonancia Magnética, Ultrasonido).**

NOTAS:

- Los formatos deben ser llenados de preferencia a puño y letra.
- No se aceptan firmas digitales.
- Reembolso de maternidad: Considerar que se pueden solicitar notas pre y postquirúrgicas.
- **Tiempo de respuesta:** 5 a 7 días hábiles.

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