

Desglose de Gastos

Número de póliza		Certificado	Complemento	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
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	Especifique especialidad del Médico (cirujano, anesthesiólogo, 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 MULTIVA, S.A., GRUPO FINANCIERO MULTIVA con domicilio en Cerrada de Tecamachalco No. 45, Colonia Reforma Social, C.P. 11650, México D. F, le recuerda que sus datos personales serán utilizados para dar trámite y seguimiento a la solicitud del producto o servicio de su interés. Para mayor información sobre el uso de sus datos personales, usted puede acceder a nuestro aviso de privacidad integral a través de www.multiva.com.mx, ubicándose en la sección de “Seguros Multiva”, dentro del apartado, “Su Información personal está segura con Multiva”.