

# Reembolso inicial

| Tipo de Trámite  |                    |                   | Otros Padecimientos | Maternidades (Parto o Cesárea) | Anticipo de cirugía | Lesionados Autos (Ramo 53000) | Exgratia o fondo especial |
|--|--------------------|-------------------|---------------------|--------------------------------|---------------------|-------------------------------|---------------------------|
| Tipo de documento  | Vigencia           | ¿Quién lo genera? |                     |                                |                     |                               |                           |
| Aviso de accidente y/o enfermedad  | N/A                | Asegurado         | Obligatorio         | Obligatorio                    | Obligatorio         | Obligatorio                   | Obligatorio               |
| Informe Médico y/o Notas Médicas - Pre Dictamen Médico   | No mayor a 6 meses | Médico tratante   | Obligatorio         | Obligatorio                    | Obligatorio         | Obligatorio                   | Opcional                  |
| Recetas  | No mayor a 6 meses | Médico tratante   | Opcional            | Opcional                       | Opcional            | Opcional                      | Opcional                  |
| Estudios de laboratorio y gabinete   | No mayor a 6 meses | Asegurado         | Opcional            | Opcional                       | Opcional            | Opcional                      | Opcional                  |
| Formato de identificación de clientes (Artículo 492)   | N/A                | Asegurado         | Obligatorio         | Obligatorio                    | Obligatorio         | Obligatorio                   | Obligatorio               |
| Copia de la credencial de Zurich   | N/A                | Asegurado         | Opcional            | Opcional                       | Opcional            | N/A                           | Opcional                  |
| Comprobante de domicilio (No mayor a 3 meses)  | No mayor a 3 meses | Asegurado         | Obligatorio         | Obligatorio                    | Obligatorio         | Obligatorio                   | Obligatorio               |
| Identificación oficial vigente del titular y afectado de la póliza (INE, Pasaporte, Cédula Profesional) (Excepto en menores de edad) | Vigente            | Asegurado         | Obligatorio         | Obligatorio                    | Obligatorio         | Obligatorio                   | Obligatorio               |
| Facturas o recibos de honorarios formato XML, formatos PDF   | Vigente            | Proveedor         | Obligatorio         | Obligatorio                    | N/A                 | Obligatorio                   | Opcional                  |
| Formato de transferencia electrónica y copia de estado de cuenta donde se muestre la cuenta clabe de 18 dígitos.                     | No mayor a 3 meses | Asegurado         | Obligatorio         | Obligatorio                    | Obligatorio         | Obligatorio                   | Obligatorio               |
| Formato para reclamación de reembolso de accidentes y/o enfermedades   | Por trámite        | Asegurado         | Obligatorio         | Obligatorio                    | Opcional            | Opcional                      | Opcional                  |
| Carta de Suma Remanente de aseguradora anterior  | Por siniestro      | Asegurado         | Opcional            | Opcional                       | Opcional            | N/A                           | N/A                       |
| Presupuesto de hospital y honorarios médicos   | Por trámite        | Asegurado         | Opcional            | N/A                            | Obligatorio         | N/A                           | N/A                       |
| Pase Médico ramo 53000   | Por siniestro      | Asegurado         | N/A                 | N/A                            | N/A                 | Obligatorio                   | N/A                       |
| Cotizaciones   | Actual             | Proveedor         | Opcional            | N/A                            | Opcional            | N/A                           | N/A                       |
| Acta del MP o reporte de autoridad competente en caso de accidente violento  | Actual             | Asegurado         | Opcional            | N/A                            | Opcional            | Opcional                      | N/A                       |
| Formato de pago exgratia o fondo especial  | Actual             | Área Comercial    | Opcional            | Opcional                       | N/A                 | Opcional                      | Obligatorio               |
| Carta de renuncia de honorarios  | Actual             | Médico tratante   | Opcional            | Opcional                       | N/A                 | Opcional                      | N/A                       |
| Otros  | Actual             | Médico tratante   | Opcional            | Opcional                       | Opcional            | Opcional                      | Opcional                  |