

CHECK LIST



	GASTOS MÉDICOS MAYORES		
DOCUMENTOS	PAGO DIRECTO PROGRAMADO	PAGO DIRECTO POR URGENCIA	REEMBOLSO
Aviso de accidente y/o enfermedad	✓	✓	✓
Informe médico (de cada médico que interviene en el siniestro)	✓	✓	✓
Solicitud de trámite (reembolso, pago directo, programado, fallecimiento, pérdidas orgánicas, indemnización diaria, invalidez, quemaduras o fracturas de huesos)	✓		✓
Solicitud de Pago Directo Programado	✓		
Estado de cuenta bancario del titular para reembolso	✓		✓
Estudios que soporten el diagnóstico	✓	✓	✓
Fracturas en PDF y XML de los servicios recibidos (hospitalaria, honorarios médicos, medicamentos, laboratorio y gabinete de rehabilitación, etc.)	✓		✓
Desglose de Factura Hospitalaria	✓		✓
Identificación Oficial	✓	✓	✓

CHECK LIST



	ACCIDENTES PERSONALES						
DOCUMENTOS	MUERTE ACCIDENTAL	GASTOS FUNERARIOS POR MUERTE ACCIDENTAL	PÉRDINAS ORGÁNICAS POR ACCIDENTE	PAGO DIRECTO PROGRAMADO	PAGO DIRECTO POR URGENCIA	REEMBOLSO	INDEMNIZACIÓN DIARIA POR ACCIDENTE
Aviso de accidente y/o enfermedad				✓	✓	✓	
Informe médico				✓	✓	✓	
Solicitud de trámite			✓			✓	✓
Solicitud de Pago Directo Programado				✓		✓	
Estado de cuenta bancario del titular para reembolso						✓	
Estudios que soporten el diagnóstico				✓	✓	✓	
Fracturas en PDF y XML de los servicios recibidos						✓	
Desglose de Factura Hospitalaria						✓	
Identificación Oficial	✓		✓	✓	✓	✓	✓
Identificación Oficial de los beneficiarios	✓		✓				
Copia certificada del acta de defunción del asegurado	✓	✓					
Copia del expediente del Ministerio Público relacionado con el fallecimiento y/o accidente del asegurado	✓	✓					

CHECK LIST

	ALAIV				
DOCUMENTOS	MUERTE ACCIDENTAL	PÉRDINAS ORGÁNICAS POR ACCIDENTE	INVALIDEZ TOTAL Y PERMANENTE	QUEMADURAS GRAVES	FRACTURAS DE HUESOS
Solicitud de trámite		✓		✓	✓
Estudios que soporten el diagnóstico		✓	✓	✓	✓
Identificación Oficial	✓	✓	✓	✓	✓
Identificación Oficial de los beneficiarios	✓	✓			
Copia del expediente del Ministerio Público relacionado con el fallecimiento y/o accidente del asegurado	✓				
Copia certificada del acta de defunción del asegurado	✓				
Dictamen de Invalidez Total o Parcial y Permanente; es un documento emitido por el IMSS, ISSSTE o alguna institución de seguridad social estatal, que certifica el grado de invalidez total o parcial y permanente de una persona.			✓		



Tabulador y documentos de siniestros

Consulta el tabulador de honorarios médicos quirúrgicos y los documentos necesarios para la reclamación de siniestros.

VER MAS >

Descarga los formatos: <https://www.plenit.mx>

Documentos para la reclamación

MUERTE ACCIDENTAL

Formato de reclamación firmado

Identificación oficial del asegurado y beneficiarios

Copia certificada del acta de defunción

Copia de expediente del ministerio público

Toda la información y copia de documentos que razonablemente solicite la compañía

INVALIDEZ TOTAL Y PERMANENTE

Formato de reclamación firmado

Identificación oficial del asegurado

Dictamen de invalidez total permanente emitido por el IMSS o alguna institución de seguridad social o un dictamen médico

Estudios y exámenes que avalen el estado de ITP

ACCIDENTE / ENFERMEDAD

Formato de reclamación firmado

Identificación oficial del asegurado

Formato de informe médico, brindado por la compañía y firmado por los médicos tratantes y el asegurado

Copias de resultados de estudios de laboratorio

En caso de accidente, el acta del ministerio público para su valoración

MUERTE ACCIDENTAL

Formato de fallecimiento

Certificado de defunción

Original y copia certificada del acta de defunción

Acta de nacimiento

Acta de matrimonio

Acta de nacimiento de los beneficiarios y del asegurado

Comprobante de domicilio

Identificación oficial de los beneficiarios y del asegurado

Copia del estado de cuenta

Copia certificada del acta del ministerio público

Carátula de la póliza

Último recibo de pago

PÉRDIDA ORGÁNICAS

Formato de reclamación y aviso de accidente

Identificación oficial del reclamante

Copia del comprobante de domicilio

Acta del ministerio público

Historial clínico, dictamen médico, informe médico y estudios de laboratorio

Carátula de la póliza del seguro contratado

Último recibo de pago de primas

Copia del estado de cuenta

REEMBOLSO DE GM

Formato de reclamación y aviso de accidente

Identificación oficial del reclamante

Informe médico, historial clínico

Copias de estudios de laboratorio y gabinete

Facturas de los gastos erogados

Carátula de la póliza

Copia del estado de cuenta

EN CASO DE SINIESTRO

¡CONTÁCTANOS!

TU ALIADO PLENIT:

Región Noroeste:
Salvador Salinas del Campo

 aliado_plenitmtty@plenit.mx
 81 1532 9526

Resto del País:
Aldo Fabricio González Mier

 agonzalez@plenit.mx
 222 455 3751



Plenit



contacto@plenit.mx



+52 222 690 7111



Estamos contigo 24/7,
los 365 días del año



29 sur N. 127 Col. La Paz,
Puebla, Puebla