

AVISO DE ACCIDENTE O ENFERMEDAD

Tipo de Reclamación y/o evento		No. de Póliza	No. de Certificado	No.
<input type="checkbox"/> Accidente	<input type="checkbox"/> Enfermedad			
Empresa o Contratante	Fecha de Alta en la Póliza	Nombre del Asegurado Titular		
Nombre del Asegurado Afectado		Parentesco	Fecha en que ocurrió el Accidente/Enfermedad (D,M,A)	
Describa cómo y dónde ocurrió el Accidente (Anexar actuaciones del ministerio público)				
Naturaleza del Accidente (Lesiones) e indique estudios practicados				
Naturaleza de la Enfermedad e indique estudios practicados				
Nombre de los testigos en caso de Accidente				
Nombre del Testigo Ocular		Domicilio	Teléfono	
Si se ha incapacitado o ha requerido hospitalización, favor de indicar:				
¿Desde que día hasta que día quedó incapacitado para el desempeño de su ocupación?			Desde (D,M,A)	Hasta (D,M,A)
¿Fue necesaria la hospitalización por causa del accidente o enfermedad? En caso afirmativo de fecha y nombre del hospital			<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si
En caso de reclamación por incapacidad, favor de indicar:				
¿Que sueldo mensual percibía en la fecha que sufrió el accidente o enfermedad?			Puesto Desempeñado	
¿Ha presentado otra reclamación en esta póliza?				
Concepto			No. de Siniestro	Fecha (D,M,A)
Si tiene algún otro seguro de accidente o enfermedad, proporcione los siguientes datos:				
Compañía		Tipo de Seguro	No. de Póliza	
Observaciones				
Favor de indicar los nombres de los Médicos que lo atienden o atendieron				
Nombre del Médico	Especialidad	Domicilio Consultorio	Teléfono	Banco y Clabe Interbancaria para Pago
Autorizo a los médicos o personas que me hayan asistido o examinado, a los hospitales, sanatorios, clínicas a los que haya ingresado para estudio, diagnóstico o tratamiento de cualquier enfermedad o lesión para que proporcionen toda la información que se requiera, tales como resultados de estudios de laboratorio y gabinete, historia clínica completa, indicaciones médicas y todo aquello que pueda ser útil para la evolución correcta de mi reclamación. En relación a lo anterior, relevo de cualquier responsabilidad y del secreto médico a las personas responsables de proporcionar la información, así mismo autorizo a las Compañías de Seguros a las que previamente he solicitado pólizas para que proporcionen la información de su contenido para la correcta evaluación de mi reclamación.				
Nombre del Asegurado		Domicilio		Firma
Teléfono	Lugar y Fecha			