

**Aviso de accidente o enfermedad
 (Reembolso, programación de servicios y/o tratamiento médico)**

Este cuestionario deberá ser llenado según aplique con información correcta, detallado y firmado por el Asegurado.

Por el hecho de proporcionar este formulario, la Compañía no queda obligada a admitir la validez de la reclamación, ni a renunciar a sus derechos conforme a la póliza y/o Ley Sobre el contrato de Seguro.

Este documento no será válido con tachaduras y/o enmendaduras.

Póliza No.	Fecha		
	día	mes	año

DATOS DEL ASEGURADO TITULAR	APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRE(S)	CÓDIGO CLIENTE
	R.F.C. letras año mes día homoclave		CURP	GENERO <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M
	OCUPACIÓN ACTUAL		CORREO ELECTRÓNICO ⁺	
	DOMICILIO			
	CALLE		NO. EXTERIOR	NO. INTERIOR
	COLONIA		C.P.	CLAVE LADA TELÉFONO

DATOS DEL ASEGURADO AFECTADO	APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRE(S)	CÓDIGO CLIENTE
	R.F.C. letras año mes día homoclave		OCUPACIÓN	PARENTESCO CON EL TITULAR
	GENERO <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M			
	DOMICILIO (En caso de ser distinto al del titular)			
	CALLE		NO. EXTERIOR	NO. INTERIOR
	COLONIA		C.P.	CLAVE LADA TELÉFONO
LUGAR DONDE RECIBIÓ LA ATENCIÓN		ESTADO	MUNICIPIO O DELEGACIÓN	

[+] Si cuenta con ella.

¿HA PRESENTADO GASTOS ANTERIORES POR ESTE PADECIMIENTO EN ÉSTA U OTRA COMPAÑÍA?			
TIPO DE RECLAMACIÓN <input type="checkbox"/> INICIAL <input type="checkbox"/> COMPLEMENTARIA		NO. DE RECLAMACIÓN	
SE TRATA DE: <input type="checkbox"/> ACCIDENTE <input type="checkbox"/> ENFERMEDAD <input type="checkbox"/> EMBARAZO		INDIQUE DIAGNÓSTICO MOTIVO DE SU RECLAMACIÓN	
SI ES ACCIDENTE DETÁLLESE ¿CÓMO Y CUÁNDO OCURRIÓ?		FECHA DEL ACCIDENTE O INICIO DEL PADECIMIENTO día mes año	
EN CASO DE ACCIDENTE AUTOMOVILÍSTICO ¿EXISTE SEGURO DEL (DE LOS) AUTOMÓVIL (ES)? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
NOMBRE DE LA COMPAÑÍA	COBERTURA	SUMA ASEGURADA (GM)	PÓLIZA NO.
ANEXAR COPIA DE LA ACTUACIÓN DEL MINISTERIO PÚBLICO O COMPROBANTE Y/O REPORTE RECIBIDO DE LA COMPAÑÍA, ASÍ COMO INTERPRETACIÓN DE ESTUDIOS REALIZADOS.		DATOS DE INGRESO PROGRAMADO	
HOSPITAL DONDE SE INTERNARÁ		HORA:	día mes año

