

Para ser contestado por el Asegurado.

NOTA: ES IMPORTANTE QUE TODAS LAS PREGUNTAS SEAN CONTESTADAS Y QUE SE DE UNA INFORMACION COMPLETA Y DETALLADA. POR EL HECHO DE PROPORCIONAR ESTE FORMULARIO, LA INSTITUCION NO QUEDA OBLIGADA A ADMITIR LA VALIDEZ DE LA RECLAMACION NI A RENUNCIAR A LOS DERECHOS QUE SE RESERVA CONFORME A LA POLIZA.

No. DE POLIZA	No. DE CERTIFICADO	FECHA DE ANTIGÜEDAD DE POLIZA		
		Año	Mes	Día

NOMBRE O RAZON SOCIAL DEL CONTRATANTE		
Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombre(s)

NOMBRE DEL ASEGURADO TITULAR		
Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombre(s)

NOMBRE DEL PACIENTE ASEGURADO			FECHA DE ALTA AL SEGURO		
Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombre(s)	Año	Mes	Día

FECHA DE NACIMIENTO		EDAD	ESTADO CIVIL	SEXO		PARENTESCO	
Año	Mes	Día		Masculino <input type="checkbox"/>	Femenino <input type="checkbox"/>	Mismo <input type="checkbox"/>	Cónyuge <input type="checkbox"/>
						Hijo (a) <input type="checkbox"/>	Ascendiente <input type="checkbox"/>

DOMICILIO		CIUDAD	ESTADO
-----------	--	--------	--------

C.P.	TELEFONO	OCUPACION	LUGAR DONDE TRABAJA
------	----------	-----------	---------------------

¿ Tiene o ha tenido Seguro de Gastos Médicos con otra Compañía? Si NO Desde cuando: _____

Compañía _____ No. de Póliza _____

¿ Ha presentado gastos anteriores por este padecimiento en esta u otra Compañía? Si No

Compañía(s): _____ No. de Siniestro: _____

Se trata de: Accidente Enfermedad Embarazo Nombre del Agente: _____
Clave del Agente: _____ Estado: _____

Tipo de reclamación Inicial Pago Directo
Complemento No. de siniestro _____ Reembolso Cirugía Programada

Mencione el motivo por el cuál recibió la atención médica:

Fecha en que visitó por primera vez al médico con motivo de la misma: Día _____ Mes _____ Año _____

Si es accidente detállese ¿Cómo y dónde ocurrió el accidente?

¿Qué estudios de laboratorio y rayos X le fueron realizados?:

Hospital en el que fue atendido: _____ Número de días que estuvo hospitalizado _____
Fecha: Año _____ Mes _____ Día _____

Testigos presenciales: Nombre (Apellido Paterno, Materno, Nombre(s)).	Domicilio	Teléfono
_____	_____	_____
_____	_____	_____

Tomó conocimiento del accidente alguna autoridad competente: Si No Cite cuál: _____

En caso de accidente automovilístico, existe Seguro del(de los) automóvil(es): Si No Favor de mencionar

Compañía: _____ Cobertura: _____ Suma asegurada (G.M.) _____ No. de Póliza _____

ANEXAR: COPIAS DE LA ACTUACION DEL MINISTERIO PUBLICO O ATENCION RECIBIDA DE LA COMPAÑIA