

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.

<b>No. DE POLIZA</b>		<b>No. DE CERTIFICADO</b>		<b>FECHA DE ANTIGÜEDAD DE POLIZA</b>		
				Año	Mes	Día
<b>NOMBRE O RAZON SOCIAL DEL CONTRATANTE</b>						
Apellido Paterno		Apellido Materno		Nombre(s)		
<b>NOMBRE DEL ASEGURADO TITULAR</b>						
Apellido Paterno		Apellido Materno		Nombre(s)		
<b>NOMBRE DEL PACIENTE ASEGURADO</b>					<b>FECHA DE ALTA AL SEGURO</b>	
Apellido Paterno		Apellido Materno		Nombre(s)		
Año		Mes		Día		
<b>FECHA DE NACIMIENTO</b>		<b>EDAD</b>	<b>ESTADO CIVIL</b>	<b>SEXO</b>		<b>PARENTESCO</b>
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"/>
<b>DOMICILIO</b>				<b>CIUDAD</b>		<b>ESTADO</b>
<b>C.P.</b>		<b>TELEFONO</b>		<b>OCUPACION</b>		<b>LUGAR DONDE TRABAJA</b>
¿ Tiene o ha tenido Seguro de Gastos Médicos con otra Compañía? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Desde cuando: _____						
Compañía				No. de Póliza		
¿ Ha presentado gastos anteriores por este padecimiento en esta u otra Compañía? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>						
Compañía(s):				No. de Siniestro:		
Se trata de: Accidente <input type="checkbox"/>		Embarazo <input type="checkbox"/>		Nombre del Agente: _____		
Enfermedad <input type="checkbox"/>				Clave del Agente: _____		
Tipo de reclamación		Inicial <input type="checkbox"/>		Estado: _____		
Complemento No. de siniestro _____				Pago Directo <input type="checkbox"/> Cirugía Programada <input type="checkbox"/> Reembolso <input type="checkbox"/>		
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 <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Cite cuál:						
En caso de accidente automovilístico, existe Seguro del (de los ) automóvil (es): Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Favor de mencionar						
Compañía:		Cobertura:		Suma Asegurada (G.M.)		No. de Póliza:
<b>ANEXAR: COPIAS DE LA ACTUACION DEL MINISTERIO PUBLICO O ATENCION RECIBIDA DE LA COMPAÑIA</b>						

