



Aviso de Accidente o Enfermedad

Novamedic Seguros de Salud

Folio

Fecha

Día

Mes

Año

Datos del Contratante y Asegurado Titular

Apellido Paterno | Apellido Materno | Nombre(s) | NAFIL

Empresa

Datos del Asegurado Afectado

Apellido Paterno | Apellido Materno | Nombre(s) | NAFIL

Fecha de Nacimiento | Fecha de Alta del Seguro | Parentesco con el Asegurado Titular
Titular Cónyuge Hijo/Hija Ocupación

Calle | Núm. | Colonia | Estado o Municipio | C.P.

Lada | Tel. Casa | Tel. Oficina | Ext. | E-mail

¿Ha tenido seguro de gastos médicos mayores con esta u otra Cia.?
Si No ¿Cuál?

¿Ha presentado gastos anteriores por este padecimiento en esta u otro Cia.?
Si No ¿Cuál? | Fecha

Historia del Accidente o Enfermedad

¿Fecha en que ocurrió el accidente ó aparecieron los primeros síntomas de la enfermedad?

¿Cuál fue el accidente o enfermedad, si es accidente detállese, como y cuándo ocurrió?

¿Cuáles estudios de laboratorio y/o gabinete le fueron realizados?

Hospital o lugar en que fue atendido | Fecha de Ingreso | Fecha de Alta

Autoridad que tomó conocimiento del accidente

Datos del Médico Tratante

Apellido Paterno | Apellido Materno | Nombre(s) | Especialidad

Calle | Núm. | Colonia | Estado o Municipio | C.P. | Teléfono

Nota: Autorizo al (los) Médico(s) y/o al (los) hospitales (es) que me hayan atendido a proporcionar la información que les sea solicitada por Novamedic, en relación a los padecimientos por los cuales me hayan tratado. La copia fotostática de esta autorización es tan valida como la original.

Firma del Titular

Firma del Asegurado Afectado

Edificio Cenit
Arquímedes 130, 3er. piso, Colonia Polanco México D.F. 11560
Teléfono: (55) 5095-3303 y 01- 800-022-6682
Fax: (55) 5095-3309
www.novamedic.com