



# FAE FORMATO DE AVISO DE ACCIDENTE O ENFERMEDAD

### INSTRUCCIONES:

- 1.- ESTE CUESTIONARIO DEBERÁ SER LLENADO Y FIRMADO POR EL ASEGURADO CON LETRA DE MOLDE.
- 2.- ES NECESARIO LLENAR LA FORMA EN SU TOTALIDAD Y DAR INFORMACIÓN COMPLETA Y DETALLADA.
- 3.- POR EL HECHO DE PROPORCIONAR ESTE FORMULARIO, LA INSTITUCIÓN NO QUEDA OBLIGADA A ADMITIR LA VALIDEZ DE LA RECLAMACIÓN NI A RENUNCIAR A LOS DERECHOS QUE SE RESERVA CONFORME A LA PÓLIZA.
- 4.- ESTE DOCUMENTO NO SERÁ VÁLIDO CON TACHADURAS, ENMENDADURAS Y DE LO DECLARADO NO SE ACEPTAN CAMBIOS POSTERIORES.

MOTIVO DE LA RECLAMACIÓN

- REEMBOLSO       PROGRAMACIÓN DE CIRUGÍA -TRATAMIENTO       PAGO - DIRECTO
- TIPO DE RECLAMACIÓN
- ACCIDENTE       EMBARAZO       ENFERMEDAD

NOMBRE O RAZÓN SOCIAL DEL CONTRATANTE _____		NO. DE PÓLIZA _____
APELLIDO PATERNO, MATERNO Y NOMBRE DEL ASEGURADO TITULAR _____		R.F.C. Ó C.U.R.P. _____
APELLIDO PATERNO, MATERNO Y NOMBRE DEL ASEGURADO AFECTADO _____		R.F.C. Ó C.U.R.P. _____
NO. CERTIFICADO DEL AFECTADO _____	FECHA DE ALTA _____	NACIONALIDAD _____
FECHA DE NACIMIENTO _____	SEXO _____	PARENTESCO CON EL TITULAR _____
CORREO ELECTRÓNICO _____	TELÉFONO DE CONTACTO _____	
DOMICILIO / CALLE _____		CLAVE LADA ( ) _____
C.P. _____	ESTADO _____	DELEGACIÓN _____
OCUPACIÓN ó PROFESIÓN _____	LUGAR DONDE TRABAJA / EMPRESA _____	GIRO DE LA EMPRESA _____

¿HA PRESENTADO GASTOS ANTERIORES POR ESTE PADECIMIENTO O ACCIDENTE EN ESTA U OTRA COMPAÑÍA?  SI  NO      SI SU RESPUESTA FUE AFIRMATIVA INDIQUE No. DE SINIESTRO \_\_\_\_\_

COMPAÑÍA \_\_\_\_\_      FECHA DE ALTA \_\_\_\_\_

¿ACTUALMENTE TIENE OTRO SEGURO?  SI  NO      COMPAÑÍA \_\_\_\_\_

TIPO DE RECLAMACIÓN:  INICIAL  COMPLEMENTARIA      INDIQUE TIPO DE ALTERACIONES Y/ O SÍNTOMAS QUE PRESENTÓ \_\_\_\_\_

FECHA EN QUE OCURRIÓ EL ACCIDENTE O APARICIÓN DE LOS PRIMEROS SÍNTOMAS DE LA ENFERMEDAD \_\_\_\_\_

FECHA EN QUE VISITO POR PRIMERA VEZ AL MÉDICO POR ESTA ENFERMEDAD \_\_\_\_\_

INDIQUE EL DIAGNÓSTICO MOTIVO DE SU RECLAMACIÓN \_\_\_\_\_

SI ES ACCIDENTE DETÁLLESE, ¿CÓMO Y DÓNDE FUE? \_\_\_\_\_

AUTORIDAD QUE TOMÓ CONOCIMIENTO DEL ACCIDENTE (ANEXAR COPIAS DEL MINISTERIO PÚBLICO) \_\_\_\_\_

EN CASO DE ACCIDENTE AUTOMOVILÍSTICO ¿CUENTA CON SEGURO DE AUTOMÓVIL?  SI  NO      NOMBRE DE LA COMPAÑÍA \_\_\_\_\_

COBERTURA \_\_\_\_\_      SUMA ASEGURADA \_\_\_\_\_      NO. DE PÓLIZA \_\_\_\_\_      COMPAÑÍA DEL TERCERO \_\_\_\_\_

HOSPITAL EN QUE FUE ATENDIDO \_\_\_\_\_      ESTUVO HOSPITALIZADO  SI  NO      DÍAS DE ESTANCIA \_\_\_\_\_

¿QUÉ ESTUDIOS SE LE REALIZARON PARA EL DIAGNÓSTICO Y / O TRATAMIENTO? \_\_\_\_\_

NOMBRE DEL MÉDICO TRATANTE \_\_\_\_\_      ESPECIALIDAD \_\_\_\_\_

DIRECCIÓN \_\_\_\_\_      TEL. Y / O E-MAIL \_\_\_\_\_

¿MÉDICOS QUE HA CONSULTADO EN LOS ÚLTIMOS DOS AÑOS? \_\_\_\_\_      CAUSA Y FECHA \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_      TEL. Y / O E-MAIL \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

FECHA \_\_\_\_\_

La documentación contractual y la nota técnica que integran este producto, están registrados ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, de conformidad con lo dispuesto por los artículos 36, 36-A, 36-B, Y 36-D de la Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros, bajo el registro número \_\_\_\_\_ de fecha \_\_\_\_\_.