



INSTRUCCIONES	
<p>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. Este documento no será válido con tachaduras, enmendaduras y de lo declarado no se aceptan cambios posteriores.</p>	

MOTIVO DE LA RECLAMACIÓN			
<input type="checkbox"/> Reembolso	<input type="checkbox"/> Programación de Cirugía - Tratamiento	<input type="checkbox"/> Pago Directo	<input type="checkbox"/> Segunda Opinión Médica

TIPO DE RECLAMACIÓN				
<input type="checkbox"/> Inicial	<input type="checkbox"/> Complementaria	<input type="checkbox"/> Accidente	<input type="checkbox"/> Embarazo	<input type="checkbox"/> Enfermedad

INFORMACIÓN DE LA PÓLIZA Y DEL ASEGURADO							
Nombre o Razón Social del Contratante		No. de Póliza					
Asegurado Titular (Apellido Paterno, Materno y Nombre(s))		R.F.C. o C.U.R.P.					
Asegurado Afectado (Apellido Paterno, Materno y Nombre(s))		R.F.C. o C.U.R.P.					
No. Certificado del Afectado	Fecha de Alta	Día	Mes	Año	Nacionalidad		
Fecha de Nacimiento	Día	Mes	Año	Sexo <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M	Parentesco con el Titular	Teléfono y Lada	Teléfono celular
Domicilio Calle		No. Exterior	No. Interior	Colonia			
C. P.	Estado	Delegación	Ocupación o Profesión		Correo electrónico		
Nombre del lugar de trabajo			Giro de la Empresa				
¿Ha presentado gastos anteriores por este padecimiento o Accidente en esta u otra compañía? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>			Si su respuesta fue afirmativa indique No. de Siniestro				
Compañía			Fecha de Reclamación		Día	Mes	Año
¿Actualmente tiene otro seguro? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>			Compañía				
Fecha en que ocurrió el Accidente o aparición de los primeros síntomas de la Enfermedad			Indique tipo de alteraciones y/o síntomas que presentó:				
Fecha en que visitó por primera vez al médico por esta Enfermedad			Día	Mes	Año		
Indique el diagnóstico motivo de su reclamación							
Si es Accidente detalle. ¿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? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>			Nombre de la Compañía				
Cobertura	Suma Asegurada	No. de Póliza		Cía. del Tercero			
Hospital en que fue atendido		¿Estuvo hospitalizado? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		Días de Estancia			
¿Qué estudios se le realizaron para el diagnóstico y/o tratamiento?							

MÉDICO TRATANTE Y MÉDICOS CONSULTADOS			
Nombre del Médico Tratante		Especialidad	Teléfono
Dirección		Correo electrónico	
Médicos que ha consultado en los últimos dos años.			
Nombre / Especialidad	Causa / Fecha	Teléfono y correo electrónico	

DOCUMENTOS A PRESENTAR:

1. Copia de la actuación del Ministerio Público o atención recibida de la institución (en caso de Accidente). 2. Interpretación de estudios radiológicos o de gabinete. 3. Copia de identificación oficial del Asegurado afectado (IFE, Pasaporte y en caso de menores de 5 años Acta de Nacimiento). 4. Recibos de gastos que cuenten con los requisitos fiscales (quedarán sin validez copias, recibos provisionales, estados de cuenta, etc.). 5. Por cada Médico tratante se deberán llenar los informes médicos correspondientes y su participación en el evento.