

FORMULARIO DE RECLAMO O AVISO DE ACCIDENTE

Tipo de Cobertura:

☐ Enfermedad ☐ Accidente ☐ Embarazo

INSTRUCCIONES:

1. Este cuestionario deberá ser completado y firmado por el asegurado con letra de molde en su totalidad.
2. Por el hecho de proporcionar este formulario la Compañía no queda obligada a admitir la validez de la reclamación ni a renunciar a los derechos que se reserva conforme a la póliza.
3. Este documento no será válido con tachaduras, enmenduras y de lo declarado no se aceptan cambios posteriores.

Nombre o razón social del contratante:		Número de Póliza:	
Apellido paterno, materno y nombre del asegurado titular:		R.F.C o C.U.R.P.	
Apellido paterno, materno y nombre del asegurado afectado:		R.F.C o C.U.R.P.	
Número certificado del afectado:	Fecha de nacimiento. Día/Mes/Año:		Sexo:
Nacionalidad:	Parentesco con el titular:	Teléfono de Contacto:	Correo electrónico:
Ocupación o profesión:	Lugar donde trabaja:		Giro de la empresa:
Domicilio/calle:	Número exterior:	Número interior:	Colonia:
Código postal:	Delegación:		Estado:
Fecha en que ocurrió el accidente o aparición de los primeros síntomas de la enfermedad. Día/Mes/Año:		¿Qué estudios se le realizaron para el diagnóstico y/o tratamiento?	
Indique tipo de alteraciones y/o síntomas que presentó:			
Fecha en que visitó por primera vez al médico por esta enfermedad. Día/Mes/Año:		Si es accidente ¿Cómo y dónde fue?	
Indique el diagnóstico motivo de su reclamación:		En su caso, autoridad que tomó conocimiento del accidente:	
Hospital en el que fue atendido:		Nombre completo del (los) médico (s) tratante (s):	
Tipo de Hospital: ☐ Privado ☐ Público		Especialidad del (los) doctores:	
Período de estancia. (desde y hasta):		Médicos que ha consultado en los últimos 2 años:	
Número de días de estancia:		Fecha y causa:	
¿Actualmente tiene otro seguro? ☐ Sí ☐ No		¿Ha presentado gastos anteriores por este padecimiento o accidente en esta u otra compañía? ☐ Sí ☐ No	
Indique la compañía:		Indique el número de siniestro:	

Nota: Autorizo a los médicos que me hayan asistido o examinado, a los hospitales, clínicas, sanatorios, laboratorios y/o establecimientos de salud a los que haya acudido para tratamiento y/o diagnóstico de cualquier enfermedad, accidente o lesión y/o a las autoridades judiciales y/o administrativas que hayan tenido conocimiento de mi caso para que proporcionen a la Compañía (aun y cuando no exista una orden judicial o administrativa), toda la información referente a mis antecedentes personales patológicos, historial clínico, indicaciones médicas, resultados de estudios de laboratorio y gabinete y cualquier información contenida en mi expediente clínico misma que podrá ser requerida en cualquier momento que la Compañía lo considere oportuno, inclusive después de mi fallecimiento. Con la presente autorización relevo de cualquier responsabilidad derivada del secreto médico a las personas responsables de proporcionar la información requerida. Así mismo, autorizo a las compañías de seguro a las que previamente he solicitado la celebración de cualquier contrato o solicitud de seguro para que proporcionen a la Compañía la información que sea de su conocimiento y que a su vez la Compañía proporcione a cualquier otra empresa del sector asegurador la información que requiera y que se derive de este documento o de otros que sean de su conocimiento.

Nombre y firma del contratante:	Nombre y firma del asegurado:
---------------------------------	-------------------------------

“En cumplimiento a lo dispuesto en el artículo 202 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas, estos formatos de carácter general, quedaron registradas ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, a partir del día 24 de agosto de 2016, con el número CGEN-S0119-0141-2016”.

PAN AMERICAN MÉXICO
COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A. DE C.V.
Compañía miembro de Pan-American Life Insurance Group

☐ Transferencia bancaria ☐ Cheque

Banco: _____

Número de Cuenta:	Clabe Interbancaria:
-------------------	----------------------

Nombre del Titular de la Cuenta:

II- GASTOS PRESENTADOS:

Número de factura	Proveedor	Descripción servicios proporcionados	Moneda	Monto
Monto Total				

Firma del Asegurado Principal:	Firma del paciente (en caso de no ser el Asegurado Principal y si es mayor de edad):
--------------------------------	--

Fecha. Día/Mes/Año:	Fecha. Día/Mes/Año:
---------------------	---------------------

“En cumplimiento a lo dispuesto en el artículo 202 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas, estos formatos de carácter general, quedaron registradas ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, a partir del día 24 de agosto de 2016, con el número CGEN-S0119-0141-2016”.