

Código de Barras

Aviso de Accidente o Enfermedad

Instrucciones:

1. Este formato debe ser llenado con letra de molde. Firmado por el asegurado titular y asegurado afectado.
2. Debe ser llenado en su totalidad y proporcionar información completa y detallada.
3. No será válida si presenta tachaduras o enmendaduras.
4. El hecho de proporcionar los datos abajo solicitados, no representa un compromiso de admitir la validez de la reclamación por parte de Prevem Seguros S.A. De C.V. ni a renunciar a los derechos que se reserva conforme al contrato. De lo declarado por el asegurado no se aceptan cambios posteriores.

A. Datos Generales - Datos de asegurado afectado

Apellido Paterno, Materno y Nombre del Asegurado Titular: _____

Apellido Paterno, Materno y Nombre del Asegurado Afectado: _____

Fecha de Nacimiento	Sexo	Parentesco con el Titular	Teléfono de contacto	Nacionalidad	Correo Electrónico de contacto
---------------------	------	---------------------------	----------------------	--------------	--------------------------------

DD / MM / AAAA

M F

Calle

N° Exterior

N° Interior

Colonia

Código Postal

Delegación/Municipio

Ciudad

Estado

POLIZA

B. Motivo de Reclamación Reembolso Pago Directo Programación de cirugía-Tratamiento Accidente Enfermedad Embarazo

C. Preguntas relacionadas con la enfermedad o accidente que declara

Fecha en que Ocurrió el Accidente o Aparición de los primeros Síntomas de la Enfermedad y que son motivo de ésta reclamación:

Indique tipo de Alteraciones y/o Síntomas que presentó: _____ Indique el Diagnóstico motivo de su reclamación (indicado por su médico tratante): _____

Si es Accidente detállese, ¿Cómo y dónde fue ?

¿Alguna autoridad que tomó conocimiento del Accidente ? SI NO En caso de Accidente Automovilístico ¿Cuenta con Seguro de Automóvil? SI NO

En caso afirmativo favor de completar la siguiente información

Nombre de la Compañía	Nº de Póliza:	Compañía del Tercero	Estuvo hospitalizado	Días de Estancia	En qué Hospital
-----------------------	---------------	----------------------	----------------------	------------------	-----------------

SI NO

¿Ha presentado gastos anteriores por este Padecimiento o Accidente en esta u otra compañía? SI NO

Si su respuesta fue afirmativa por favor complete la siguiente información:

Nº de Siniestro: _____ Compañía: _____ Fecha de la reclamación: DD/MM/AAAA

¿Actualmente cuenta con otro Seguro de Gastos Médicos? SI NO Indique cuál _____

D. Información médico (s) consultados

Nombre del Médico Tratante: _____ Especialidad: _____ Nombre del Hospital: _____

Teléfono consultorio: _____ Celular: _____ Teléfono: _____

Correo Electrónico: _____ Dirección: _____

Fecha de Atención inicial con este médico: DD/MM/AAAA Fecha de Hospitalización: DD/MM/AAAA

Nombre y teléfono de Médico familiar o de cabecera: _____

