FORMULARIO DE RECLAMO O AVISO DE ACCIDENTE



Tipo de Cobertura:

○ Enfermedad	O Accidente	O Embarazo
○ Enfermedad	O Accidente	○ Embaraz

INSTRUCCIONES:

- Este cuestionario deberá ser completado y firmado por el asegurado con letra de molde en su totalidad.

 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.

 Este documento no será válido con tachaduras, enmenduras y de lo declarado no se aceptan cambios posteriores.

	, ,	1	1			
Nombre o razón social del contratante:	Número de Póliza:					
Apellido paterno, materno y nombre del asegura	R.F.C o C.U.R.P.					
Apellido paterno, materno y nombre del asegura	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 tratamiento?			le realizaron para el diagnóstico y/o			
Indique tipo de alteraciones y/o síntomas que pro	esentó:					
Fecha en que visitó por primera vez al médico por esta enfermedad Día/Mes/Año:		Si es accidente ¿Cómo y	Si es accidente ¿Cómo y dónde fue?			
Indique el diagnóstico motivo de su reclamación:		En su caso, autoridad qu accidente:	En su caso, autoridad que tomó conocimiento del accidente:			
TT 1 1 C 111	N.T.	1 1, 11/1 \ .11				
Hospital en el que fue atendido:		Nombre completo del (los) médico (s) tratante (s):				
Tipo de Hospital:		Especialidad del (los) doctores:				
Período de estancia. (desde y hasta):		Médicos que ha consultado en los últimos 2 años:				
Número de dias de estancia:		Fecha y causa:				
¿Actualmente tiene otro seguro?		do gastos anteriores por este padecimiento o accidente en esta u otra Sí No				
Indique la compañía:	Indique el número	ndique 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 dignóstico 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 patólógicos, 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 solictud de seguro para que proporcionen a la Compañía la información que sea de su conocimiento y que a su vez la Compañía proporcine a cualquier otra empresa del sector asegurador la información que requirea 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".						

FORMULARIO DE PAGO Y DE RELACIÓN DE GASTOS



I- MÉTODO DE PAGO:

O Transferencia bancari	a O Cheque							
Solo llenar en caso de seleccionar la opción transferencia Interbancaria y anexar copia del estado de cuenta en donde se aprecie claramente la Clabe Interbancaria y el Nombre del Titular de la Cuenta (si así lo desea puede ocultar los movimientos) y copia de la Identificación Oficial vigente con firma del Titular de la Cuenta (Credencial para votar, Cédula Profesional, Pasaporte, etc).								
Banco:								
Número de Cuenta:		Clabe Interbancaria:						
Nombre del Titular de	la Cuenta:							
Autorizo a Pan-American México Compañía de Seguros, S. A. de C.V. para que me sea transferido a la cuenta de referencia el monto a reembolsar de mi reclamación.								
II- GASTOS PRESENTADOS:								
Número de factura	Proveedor	Descripción servicios proporcionados		Moneda	Monto			
				Monto Total				
III- AUTORIZA	CIÓN Y FIRMAS:							
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".