SEGUROS

AVISO DE ACCIDENTE O ENFERMEDAD

Tipo de Reclamación y/o evento	No. de Póliza	No. de Certificado	
☐ Accidente ☐ Enfermedad			No.

Empresa o Contratante	Fecha de Alta en la Póliza	Nombre del Asegurado Titular

Nombre del Asegurado Afectado	Parentesco	Fecha en que ocurrió el Accidente/Enfermedad
		(D,M,A)

Describa cómo y dónde ocurrio el Accidente (Anexar actuaciones del ministerio público)

Naturaleza del Accidente (Lesiones) e indique estudios praticados

Naturaleza de la Enfermedad e indique estudios practicados

Nombre de los testigos en caso de Accidente

Nombre del Testigo Ocular	Domicilio	Teléfono

Si se ha incapacitado o ha requerido hospitalización, favor de indicar:

¿Desde que día hasta que día quedó incapacitado para el desempeño de su ocupación?	Desde (D,M,A)	Hasta (D,M,A)
¿Fue necesaria la hospitalización por causa del accidente o enfermedad? ☐ No ☐ Si En caso afirmativo de fecha y nombre del hospital		

En caso de reclamación por incapacidad, favor de indicar:

¿Que sueldo mensual percibia en la fecha que sufrio el accidente o enfermedad?	Puesto Desempeñado

¿Ha presentado otra reclamación en esta póliza?

Concepto	No. de Siniestro	Fecha (D,M,A)

Si tiene algún otro seguro de accidente o enfermedad, porporcione los siguientes datos:

Compañía	Tipo de Seguro	No. de Póliza

Observaciones

Favor de indicar los nombres de los Médicos que lo atienden o atendieron

Nombre del Médico	Especialidad	Domicilio Consultorio	Teléfono	Banco y Clabe Interbancaria para Pago

Autorizo a los médicos o personas que me hayan asistido o examinado, a los hospitales, sanatorios, clínicas a los que haya ingresado para estudio, diagnóstico o tratamiento de cualquier enfermedad o lesión para que proporcionen toda la información que se requiera, tales como resultados de estudios de laboratorio y gabinete, historia clínica completa, indicaciones médicas y todo aquello que pueda ser útil para la evolución correcta de mi reclamación. En relación a lo anterior, relevo de cualquier responsabilidad y del secreto médico a las personas responsables de proporcionar la información, así mismo autorizo a las Compañías de Seguros a las que previamente he solicitado pólizas para que proporcionen la información de su contenido para la correcta evaluación de mi reclamación.

Nombre del Asegurado	Domicilio	Firma

Teléfono	Lugar y Fecha

Seguros SURA México, S.A. de C.V., Blvd. Adolfo López Mateos 2448, Altavista, Deleg. Álvaro Obregón, 01060 México, D.F.Tels.: 5723 7999
www.segurossura.com.mx