

# DECLARACIÓN PARA EL TRÁMITE DE RECLAMACIÓN DE LOS BENEFICIOS ADICIONALES

Seguros SURA, S.A. de C.V.

Av. Insurgentes Sur 2475, pisos 22 y 23, col. Barrio Loreto, alcaldía Álvaro Obregón, C.P. 01090, Ciudad de México.

Tel. 55 5723 7999



## TRÁMITE A REALIZAR

- Pérdidas orgánicas     Pago adicional por invalidez     Exención de pago de primas por invalidez     Anticipo por enfermedad terminal
- Enfermedades graves     Indemnización diaria por hospitalización     Otro trámite: \_\_\_\_\_

## I. ESTA SECCIÓN DEBERÁ SER CONTESTADA POR EL ASEGURADO

Nombre(s), apellido paterno, apellido materno

Número póliza	Números de pólizas adicionales que tiene el asegurado	Lugar de nacimiento
Fecha de nacimiento Día Mes Año	R.F.C.	C.U.R.P.
Nacionalidad	Profesión u ocupación	Actividad o giro del negocio donde trabaja
		Sexo <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Masculino
		¿Fuma? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

## DOMICILIO PARTICULAR

Domicilio Calle y número	Colonia			
Código postal	Ciudad	Municipio o alcaldía	Estado	País
Correo electrónico	Teléfono celular	Teléfono para dejar recado		

## DATOS DE LOS MÉDICOS QUE LO ATENDIERON

Nombre del médico (nombre(s), apellido paterno, apellido materno)	Fecha de consulta
Domicilio completo	Teléfono
Nombre del médico (nombre(s), apellido paterno, apellido materno)	Fecha de consulta
Domicilio completo	Teléfono
Nombre del médico (nombre(s), apellido paterno, apellido materno)	Fecha de consulta
Domicilio completo	Teléfono

Como asegurado, autorizo al médico tratante, a los hospitales e instituciones donde fui internado, a que otorguen a Seguros SURA, S.A. de C.V. toda la información que se refiera a mi estado de salud, e inclusive, en su caso, todos los datos de padecimientos anteriores. Para tal efecto, relevo a las instituciones o personas involucradas del cumplimiento de las obligaciones que al respecto se deriven de la Norma Oficial Mexicana NOM-168-SSA1-1998 del Expediente Clínico y hago constar que una copia fotostática de esta autorización tiene el mismo valor que el original.

Hago constar que la información que estoy proporcionando en este documento, está apegada a la verdad. En caso contrario, estoy consciente de la falta en que podría incurrir si proporciono datos falsos o incorrectos, así como de las sanciones a las que quedo expuesto.

Actúo a nombre y por cuenta propia.

Nombre y firma del asegurado

Lugar y fecha

Llenar en caso de pérdidas orgánicas, exención de pago de primas por invalidez, anticipo por enfermedad terminal, pago adicional por invalidez, enfermedades graves, indemnización diaria por hospitalización.

## II. ESTE CUESTIONARIO DEBE SER CONTESTADO DE PUÑO Y LETRA DEL MÉDICO QUE ATIENDE AL ASEGURADO

Antecedentes patológicos. Dar amplia información, indicando fechas, duración y estado actual

---

---

---

Padecimiento que dio origen a la invalidez o enfermedad

Fecha

Signos y síntomas

---

---

---

Historia hospitalaria (fecha de ingreso, diagnóstico, resultado de estudios efectuados, diagnóstico definitivo, pronóstico y tratamiento)

---

---

---

---

---

Estado actual

---

---

---

---

---

Pronóstico final

---

---

---

---

---

Tiempo probable de la duración de la invalidez en su caso

---

---

---

---

---

### LLENAR EN CASO DE PÉRDIDAS ORGÁNICAS

¿La afección imposibilita al asegurado a desempeñar su trabajo habitual?

Sí  No

¿Le impide tener otra ocupación compatible con sus conocimientos y aptitudes?

Sí  No

Describa detalladamente la(s) lesión(es) encontrada(s) por usted, indicando su causa y su naturaleza

La(s) lesión(es) fueron causadas exclusivamente por medios externos y violentos?

Sí  No

Fecha que ocurrió la lesión

¿Las lesiones provocaron pérdida de la vista?

Sí  No

En caso afirmativo

¿en qué ojo?

Derecho  Izquierdo  Ambos

A su juicio la pérdida de la vista es definitiva?

Sí  No

¿Las lesiones provocaron la pérdida de algunos de los miembros o parte de ellos?

Sí  No

En caso afirmativo especifique claramente cuál es la pérdida, aclarando en el caso de los dedos su nombre común y el número de falanges perdidas

Dar detalle del estado actual de las lesiones

Aparte de las lesiones, ¿encontró usted algunos signos patológicos?

Sí  No

El asegurado en el momento de sufrir las lesiones ¿padecía alguna afección o enfermedad aguda o crónica?

Sí  No

En caso afirmativo proporcione detalles (nombre de la enfermedad, fecha, duración, etc.)

¿Hubo alguna investigación oficial con motivo de las lesiones sufridas por el asegurado?

Sí  No

En caso afirmativo proporcione detalle

Datos adicionales \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**DATOS DEL MÉDICO QUE REQUISITA ESTA DECLARACIÓN**

Nombre(s) apellido paterno, apellido materno

R.F.C.			Registro S.S.A.			Cédula profesional			
Domicilio Calle y número						Colonia			
Código postal		Ciudad			Municipio o alcaldía		Estado		
País				Teléfono casa			Teléfono celular		

Hago constar que la información que estoy proporcionando en este documento, está apegada a la verdad. En caso contrario, estoy consciente de la falta en que podría incurrir si proporciono datos falsos o incorrectos, así como de las sanciones a las que quedo expuesto.

Fecha en \_\_\_\_\_ el día \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ del año \_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
Firma del médico