

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 DD / MM / AAAA	Sexo M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	Parentesco con el Titular	Teléfono de contacto	Nacionalidad	Correo Electrónico de contacto	
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: DD/MM/AAAA

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 SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Días de Estancia	En qué Hospital
-----------------------	---------------	----------------------	---	------------------	-----------------

¿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: _____		

