

## AVISO DE ACCIDENTES O ENFERMEDAD (REEMBOLSO, PROGRAMACIÓN DE SERVICIOS Y/O TRATAMIENTO MÉDICO)

ESTE CUESTIONARIO DEBERÁ SER LLENADO SEGÚN APLIQUE CON INFORMACIÓN COMPLETA, DETALLADA, FIRMADO POR EL ASEGURADO.

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 FORMULARIO NO ES VALIDO SI PRESENTA TACHADURAS Y/O ENMENDADURAS.

### I. DATOS DEL ASEGURADO TITULAR

APELLIDO PATERNO		APELLIDO MATERNO		NOMBRE(S)		No. PÓLIZA			
R.F.C.	LETRAS	AÑO	MES	DÍA	HOMOCLAVE SI CUENTA CON ELLA	CURP (SI CUENTA CON ELLA)	NACIONALIDAD	SEXO	ESTADO CIVIL
								<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> D
PROFESIÓN U OCUPACIÓN (SÓLO PERSONA FÍSICA)				ACTIVIDAD O GIRO DE NEGOCIO DONDE TRABAJA			CORREO ELECTRÓNICO (SI CUENTA CON ÉL)		

### DOMICILIO

CALLE		No. EXTERIOR	No. INTERIOR	COLONIA		C.P.	
DELEGACIÓN O MUNICIPIO	CIUDAD O POBLACIÓN	ENTIDAD FEDERATIVA	PAÍS	CLAVE	TELÉFONO		

### II. DATOS DEL ASEGURADO AFECTADO (EN CASO DE SER DISTINTO AL ASEGURADO TITULAR)

APELLIDO PATERNO		APELLIDO MATERNO		NOMBRE(S)		No. DE CERTIFICADO		CÓDIGO CLIENTE (SI CUENTA CON ÉL)	
R.F.C.	LETRAS	AÑO	MES	DÍA	HOMOCLAVE SI CUENTA CON ELLA	OCUPACIÓN	PARENTESCO CON EL TITULAR	SEXO	ESTADO CIVIL
								<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> D

### DOMICILIO (EN CASO DE SER DISTINTO AL DEL ASEGURADO TITULAR)

CALLE		No. EXTERIOR	No. INTERIOR	COLONIA		C.P.	
DELEGACIÓN O MUNICIPIO	CIUDAD O POBLACIÓN	ENTIDAD FEDERATIVA	PAÍS	CLAVE	TELÉFONO		

### LUGAR DONDE RECIBIÓ LA ATENCIÓN

ESTADO		DELEGACIÓN O MUNICIPIO	
--------	--	------------------------	--

### III. DATOS DEL CONTRATANTE PERSONA FÍSICA (EN CASO DE SER DISTINTO AL DEL ASEGURADO TITULAR)

APELLIDO PATERNO		APELLIDO MATERNO		NOMBRE(S)					
R.F.C.	LETRAS	AÑO	MES	DÍA	HOMOCLAVE SI CUENTA CON ELLA	CURP (SI CUENTA CON ELLA)	NACIONALIDAD	SEXO	ESTADO CIVIL
								<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> D
PROFESIÓN U OCUPACIÓN				ACTIVIDAD O GIRO DEL NEGOCIO DONDE TRABAJA			CORREO ELECTRÓNICO (SI CUENTA CON ÉL)		

### DOMICILIO

CALLE		No. EXTERIOR	No. INTERIOR	COLONIA		C.P.	
DELEGACIÓN O MUNICIPIO	CIUDAD O POBLACIÓN	ENTIDAD FEDERATIVA	PAÍS	CLAVE	TELÉFONO		

### CONTRATO EN CASO DE EXISTIR COMO PERSONA MORAL

RAZÓN SOCIAL		GIRO MERCANTIL, ACTIVIDAD U OBJETO SOCIAL							
R.F.C.	LETRAS	AÑO	MES	DÍA	HOMOCLAVE SI CUENTA CON ELLA	CORREO ELECTRÓNICO O PÁGINA DE INTERNET (SI CUENTA CON ÉL)			

### DOMICILIO

CALLE		No. EXTERIOR	No. INTERIOR	COLONIA		C.P.	
DELEGACIÓN O MUNICIPIO	CIUDAD O POBLACIÓN	ENTIDAD FEDERATIVA	PAÍS	CLAVE	TELÉFONO		

### NOMBRE DEL REPRESENTANTE LEGAL

APELLIDO PATERNO		APELLIDO MATERNO		NOMBRE (S)	
------------------	--	------------------	--	------------	--

¿ HA PRESENTADO GASTOS ANTERIORES POR ESTE PADECIMIENTO EN ÉSTA U OTRA COMPAÑÍA ?		SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		No. DE RECLAMACIÓN O DE SINIESTRO	
TIPO DE RECLAMACIÓN		<input type="checkbox"/> INICIAL <input type="checkbox"/> COMPLEMENTARIA			
SE TRATA DE:		INDIQUE DIAGNOSTICO MOTIVO DE SU RECLAMACIÓN			
<input type="checkbox"/> ACCIDENTE <input type="checkbox"/> ENFERMEDAD <input type="checkbox"/> EMBARAZO					
FAVOR DE INDICAR EN DETALLE COMO Y CUANDO OCURRIÓ EL PADECIMIENTO SEÑALADO					FECHA DEL PADECIMIENTO SEÑALADO
					DÍA   MES   AÑO
EN CASO DE ACCIDENTE AUTOMOVILISTICO ¿EXISTE SEGURO DEL (DE LOS) AUTOMÓVIL (ES)?		NOMBRE DE LA COMPAÑÍA		SUMA ASEGURADA (GM)	
<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO					
		COBERTURA		No. DE PÓLIZA	
ANEXAR: COPIA DE LA ACTUACIÓN DEL MINISTERIO PÚBLICO O COMPROBANTE Y/O REPORTE RECIBIDO DEL A COMPAÑÍA, ASÍ COMO INTERPRETACIÓN DE ESTUDIOS REALIZADOS.					
HOSPITAL DONDE SE INTERNARÁ			DATOS DEL INGRESO PROGRAMADO		
			HORA   DÍA   MES   AÑO		
NOMBRE DEL MÉDICO		ESPECIALIDAD		¿ SE ENCUENTRA EN CONVENIO CON ESTA COMPAÑÍA?	
				<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
¿ A TRAVÉS DE QUE MEDIO LE FUE REFERIDO EL MÉDICO?					
<input type="checkbox"/> INTERACCIONES <input type="checkbox"/> HOSPITAL <input type="checkbox"/> OTROS					
<p>MEDIANTE ESTE DOCUMENTO, DECLARO QUE TODA LA INFORMACIÓN VERTIDA EN ÉL ES VERDADERA Y ESTÁ ACORDE CON LOS ANTECEDENTES MÉDICOS QUE CONOZCO Y ME HAGO RESPONSABLE DE SUS CONSECUENCIAS. MANIFIESTO ESTAR DE ACUERDO Y AUTORIZO AL MÉDICO QUE O MÉDICOS QUE ATENDIERON EL ACCIDENTE O ENFERMEDAD, ASÍ COMO LAS INSTITUCIONES MÉDICAS Y HOSPITALARIAS, TANTO PRIVADAS COMO DEL SECTOR SALUD, PROPORCIONAR LA INFORMACIÓN Y COPIA DE TODA LA DOCUMENTACIÓN RELACIONADA CON EL ACCIDENTE O PADECIMIENTO QUE SE ESTA RECLAMANDO A ASEGURADORA INTERACCIONES, S.A., GRUPO FINANCIERO INTERACCIONES.</p>					
_____			_____		
LUGAR Y FECHA			NOMBRE Y FIRMA DEL ASEGURADO Y/O CONTRATANTE		

NOMBRE DEL AGENTE	CLAVE	TELÉFONO	ESTADO

#### ASISTENCIA LINEA INTERMÉDIC

CON GUSTO LO ATENDEREMOS LOS 365 DÍAS DEL AÑO, LAS 24 HRS. DEL DÍA, PROPORCIONÁNDOLE LOS SIGUIENTES BENEFICIOS:

- |  |  |
|--|--|
| * ORIENTACIÓN SOBRE EL FUNCIONAMIENTO DE SU PÓLIZA                             | * INFORMACIÓN SOBRE HOSPITALES EN CONVENIO                                 |
| * INFORMACIÓN SOBRE LOS MÉDICOS QUE FORMAN PARTE DE LA RED MÉDICA (INTERMÉDIC) | * INFORMACIÓN SOBRE PROVEEDORES MÉDICOS QUE OFRECEN PRECIOS PREFERENCIALES |
| * ORIENTACIÓN MÉDICA TELEFÓNICA SIN COSTO, PROPORCIONADA POR INTERMÉDIC        | * INFORMACIÓN SOBRE EL SEGUIMIENTO DE SU TRÁMITE                           |

9177 1946	01 800 908 2300
CD. DE MÉXICO	INTERIOR DE LA REPÚBLICA
DEL RESTO DEL MUNDO MARCAR POR COBRAR AL 52 (55) 9177 1946	