



ace seguros

Edificio Arcos Oriente Bosques de Alisos 47 A Piso 1

Bosques de las Lomas 05120, México, D.F.

Tel. (52) 52 58 58 00 Fax (52) 52 58 58 99 (52) 52 59 65 85

AVISO DE ACCIDENTE O ENFERMEDAD

Nombre de la Empresa Contratante _____ No. de Póliza: _____

Nombre del Asegurado Titular _____ R.F.C. _____

Domicilio: _____ Teléfono: _____

e-mail: _____

DATOS DEL ASEGURADO AFECTADO

Nombre del Asegurado Afectado: _____

Edad: _____ Sexo: _____ Ocupación: _____

Parentesco con el asegurado titular: _____

¿Ha presentado gastos por este padecimiento en esta u otra compañía? SI () NO ()
(en caso afirmativo señale nombre de la compañía y número de siniestro)

Tipo de plan al que afecta su reclamación:

1.- Plan Médico Familiar- No. de Póliza: _____

2.- Protección de Ingresos -No. de Póliza: _____

3.- Cáncer- No. de Póliza: _____

4.- Indemnización diaria por hospitalización- No. de Póliza: _____

5.- Enfermedades Graves- No. de Póliza: _____

Esta Reclamación se efectúa por: Accidente:() Enfermedad:() Embarazo:()

Indique el Diagnostico motivo de su Reclamación: _____

Si su Reclamación es por Accidente detalle ¿Como y Cuando Ocurrió ?

Señale sí por su Accidente Intervino alguna Autoridad Judicial: SI () NO ()
(en caso afirmativo anexe las actuaciones del ministerio público)

En caso de enfermedad, en que fecha aparecieron los signos y síntomas o la fecha que le efectuaron su diagnostico: Día _____ Mes _____ Año _____

Informe si por motivo de su padecimiento, le indicaron internamiento en algun hospital, SI () NO () En caso afirmativo señale fecha de ingreso y egreso.

I: Día _____ Mes _____ Año _____ E: Día _____ Mes _____ Año _____

PROGRAMACION DE PAGO DIRECTO EN CIRUGIA O TRATAMIENTO MEDICO

POR FAVOR CONSIGNE LO SIGUIENTE:

Nombre, Dirección, y Teléfono del Hospital en donde se Internará:

Fecha y Hora del Ingreso Programado

Hora: _____ Día: _____ Mes: _____ Año 20 _____

A&H-01-06/01