



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 DEL (OS) MEDICO (OS) TRATANTE (S)

1.-

2.-

3.-

Autorizó al Hospital y a los Médicos que me atienden a proporcionar toda la información que le sea solicitada por ACE Seguros S.A. Con relación a la presente reclamación, siendo suficiente copia fotostática de este documento ya que es tan valida como la original.

Nombre y Firma del Asegurado Titular

Nombre y Firma del Asegurado Afectado

LUGAR Y FECHA

NOTA IMPORTANTE: Usted debe requisitar correcta y totalmente este documento, así como anexar copias de los documentos que le sean solicitados, los estudios que le fueron practicados e interpretación de los mismos (principalmente en padecimientos de nariz, fracturas y cirugias abdominales). En caso contrario, detendremos su tramite hasta que la documentación se encuentre completa.

Recuerde si usted es persona fisica, no olvide contar con copias de los documentos, ya estos son necesarios para su declaración anual, ya que por disposición fiscal, nosotros requerimos de la documentación original.