



INFORME DEL RECLAMANTE GASTOS MÉDICOS MAYORES Y ACCIDENTES PERSONALES

Con el objeto de que Seguros Banorte-Generali, S.A. de C.V., pueda dar trámite a la reclamación derivada del Contrato de Seguro contenida en la póliza abajo citada, proporcionó la siguiente información:

- 1.- Numero de póliza: _____ a nombre de: _____
- 2.- Nombre del Asegurado titular: _____ Certificado: _____
- 3.- Nombre del afectado _____
Fecha de nacimiento: _____ Lugar de nacimiento: _____
- 4.- Ocupación (especifique labores diarias): _____
- 5.- Fecha en que ocurrió el accidente o iniciaron los síntomas de la enfermedad.
Día: _____ Mes: _____ Año: _____
- 6.- Diagnóstico de la lesión o enfermedad: _____
- 7.- En caso de accidente detállese ¿ Cómo y donde ocurrió ? _____

- 8.- Refiera si existieron varios diagnósticos para esta enfermedad antes de llegar al definitivo y de ser así mencione dichos diagnósticos y fechas de realización: _____

- 9.- En caso de haber necesitado de hospitalización, refiera el nombre, dirección y días de internamiento (mencione fechas): _____

- 10.- ¿Se encuentra dado de alta en la actualidad? _____
Fecha de dicha alta: _____
- 11.- Nombre y dirección de su médico familiar o de cabecera Dr. (a): _____

y desde hace cuanto tiempo lo atiende: _____
- 12.- Nombre, dirección y teléfono de el(los) médico(s) que lo atendieron en este accidente o enfermedad (inclúyanse ayudante(s) de cirujano y anesthesiólogo): _____

16.- Indíquenos si posee otros seguros de accidentes o enfermedades.

Compañía: _____ No. de Póliza: _____

17.- ¿Esta tramitando actualmente esta misma reclamación en otra Compañía de Seguros?

Compañía: _____ No. de Póliza: _____

18.- Realice un desglose de sus gastos efectuados, como se indica en el siguiente cuadro:

CONCEPTO:	NO. DE RECIBOS:	MONTO:
Recibos de Honorarios Quirúrgicos:	_____	\$ _____
Recibos de Honorarios Anestesiólogo:	_____	\$ _____
Recibo de Honorarios por Consultas:	_____	\$ _____
Recibos de Hospitalización:	_____	\$ _____
Recibos por Exámenes de Laboratorio:	_____	\$ _____
Recibos por Medicamentos:	_____	\$ _____
Otros:	_____	\$ _____
Total:	_____	\$ _____

19.- Hasta este momento y en referencia a sus recibos que nos anexa a este informe:

- a) Se encuentran completos y no habrá más en el futuro. ()
- b) Se encuentran incompletos por faltar recibos anteriores a esta fecha. ()
- c) Se encuentran incompletos ya que habrá más en fechas futuras por continuación del tratamiento. ()

IMPORTANTE PARA EL RECLAMANTE

Los Recibos de gastos contarán con los requisitos que establece la Secretaria de Hacienda y por lo tanto quedarán sin validez copias, recibos provisionales, estados de cuenta, etc.

Los Recibos de Honorarios Médicos se acompañarán de los informes médicos correspondientes, y se anexarán tantos informes como médicos hayan participado.

Autorizo al(los) Hospital(es) al(los) médico(s) que me atiende(n) a proporcionar la información que le(s) sea solicitada por Seguros Banorte-Generali, S.A. de C.V., en relación con el padecimiento objeto de la presente reclamación.

Fecha en: _____ el día _____ de _____ de _____

Dirección: _____ Tel. _____

Firma del Reclamante.