

AVISO DE ACCIDENTE O ENFERMEDAD

Folio:

Instrucciones

Este cuestionario deberá ser llenado, en su totalidad con letra de molde, con información completa y detallada, firmado por el asegurado y el contratante. Por el hecho de proporcionar este formulario, Seguros Multiva, S.A., Grupo Financiero Multiva no queda obligada a admitir la validez de la reclamación ni a renunciar a los derechos que se reserva conforme a la póliza.

Este documento no será válido con tachaduras, enmendaduras y de lo declarado no se aceptan cambios posteriores.

Datos de la póliza

Nombre del contratante		R.F.C.
Número de póliza	Subgrupo	Terminación de vigencia (dd/mm/aa)

Datos del Asegurado

Apellido Paterno		Apellido Materno	Nombre(s)	
R.F.C.	Núm de Certificado	Sexo M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	Fecha de nacimiento (dd/mm/aa)	Asegurado desde (dd/mm/aa)

Parentesco con Contratante/Titular

Datos de la reclamación

Motivo:	Reembolso <input type="checkbox"/>	Pago directo <input type="checkbox"/>	Programación de cirugía o tratamiento <input type="checkbox"/>	Segunda opinión <input type="checkbox"/>
Tipo:	Accidente <input type="checkbox"/>	Embarazo <input type="checkbox"/>	Enfermedad <input type="checkbox"/>	Reclamación: Inicial <input type="checkbox"/>
				Complementaria <input type="checkbox"/>

Información general

¿Ha presentado gastos anteriores por este padecimiento o enfermedad en ésta u otra compañía?	Sí <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	¿En qué compañía?
¿Cuenta actualmente con otro seguro?	Sí <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	¿En que compañía?
Fecha en que ocurrió el accidente o la aparición de síntomas de la enfermedad (dd/mm/aa):	Fecha de la primera consulta médica (DD/MM/AA):	
Indique el diagnóstico o padecimiento:	Motivo de la Atención Médica:	

En caso de ser accidente detallar cómo y dónde ocurrió, e indicar en su caso la autoridad que tomó conocimiento del accidente (favor de anexar copias del M.P.):

¿Cuenta con seguro de automóvil?	Sí <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	¿Con que compañía?	Número de póliza
Tipo de Cobertura:	Suma Asegurada:	Compañía del Tercero	
¿Estuvo hospitalizado o requiere de hospitalización?	Sí <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Días de hospitalización:	Hospital:
		Fecha de Hospitalización Desde (dd/mm/aa)	Hasta (dd/mm/aa)

¿Qué estudios se realizaron para el diagnóstico o tratamiento?

Nombre del médico tratante	Especialidad:
Dirección	Teléfono / email:
Lugar donde fue atendido Hospital <input type="checkbox"/> Consultorio <input type="checkbox"/> Domicilio del asegurado <input type="checkbox"/>	Otros: _____

Mencione los médicos que ha consultado en los dos últimos años

Nombre	Especialidad	Causa	Fecha (dd/mm/aa)	Teléfono

