



SOLICITUD DE RECLAMACIÓN DE PAGO DE SINIESTRO ACCIDENTES PERSONALES

Con el objeto de que THONA SEGUROS, S.A. de C.V. (THONA), pueda dar trámite a la reclamación derivada del Contrato de Seguro contenida en la póliza abajo citada, proporciono la siguiente información:

Nota: La solicitud no será válida si falta alguno de los datos y carece de firma.

TIPO DE RECLAMACIÓN

Inicial Complementaria Indique número de siniestro _____

TIPO DE COBERTURA

Gastos médicos por accidente Muerte accidental
 Indemnización diaria Pérdidas orgánicas

Especifique _____

DATOS DEL ASEGURADO TITULAR

*Nombre(s) _____ *Apellido paterno _____ *Apellido materno _____
No. póliza _____ Certificado _____ RFC _____
Fecha de nacimiento (dd/mm/aaaa) _____ Género M F CURP _____
Nacionalidad _____ País de nacimiento _____ Estado civil _____
Calle y Núm. ext. _____ Núm. int. _____ Colonia _____
Estado _____ Alcaldía o Municipio _____ C.P. _____
Teléfono de contacto _____ Correo electrónico _____
Empresa contratante _____ Actividad, ocupación o profesión _____

DATOS DEL BENEFICIARIO (Si es el mismo que el asegurado, favor de omitir esta sección)

Nombre(s) _____ Apellido paterno _____ Apellido materno _____
Fecha de nacimiento (dd/mm/aaaa) _____ Género M F RFC _____ CURP _____
Nacionalidad _____ País de nacimiento _____ Estado civil _____
Calle y Núm. ext. _____ Núm. int. _____ Colonia _____
Estado _____ Alcaldía o Municipio _____ C.P. _____
Teléfono de contacto _____ Correo electrónico _____
Actividad, ocupación o profesión _____

INFORMACIÓN DEL SINIESTRO EN CASO DE ACCIDENTE O FALLECIMIENTO

Fecha de nacimiento (dd/mm/aaaa) _____ Fecha de accidente (dd/mm/aaaa) _____ Lugar del siniestro _____
Descripción del accidente _____

THONA SEGUROS, S.A. de C.V., (THONA) me ha puesto a la vista el Aviso de Privacidad que dicha aseguradora tiene establecido conforme a la Ley Federal de Protección de Datos Personales de los Particulares, mismos que he leído y comprendido por lo que otorgo mi consentimiento libre de vicios, para que THONA recabe, utilice, conserve y/o transfiera mis datos personales sean estos financieros, patrimoniales y/o datos personales sensibles; asimismo manifiesto mi conformidad para que THONA pueda allegarse de información mía a través de otras fuentes o personas. Consultar aviso de privacidad en www.thonaseguros.mx.

Usted debe requisitar correcta y totalmente este formato, así como anexar los estudios (y su interpretación) que le fueron practicados, los recibos de honorarios médicos se acompañarán de los formatos de informes médicos correspondientes y se anexarán tantos informes como médicos haya participado.

Autorizo a THONA para recabar historia clínica, prescripciones, tratamientos, radiografías de los hospitales, clínicas, sanatorios, laboratorios y/o establecimientos de salud, que hayan examinado al asegurado afectado con relación a cualquier lesión que haya sufrido.

Autorizo a los médicos que me hayan asistido, a los hospitales, clínicas, sanatorios, laboratorios y/o establecimientos de salud, a los que hayan acudido para tratamiento y/o diagnóstico de cualquier accidente y/o a las autoridades judiciales o administrativas que hayan tenido conocimiento de mi caso para que proporcionen la información que les sea solicitada por THONA, con relación a la presente reclamación, siendo suficiente copia fotostática de este documento ya que es tan válida como la original.

Autorizo a las compañías de seguros a las que previamente he solicitado la celebración de cualquier contrato o solicitud de seguro para que proporcionen a THONA la información de su conocimiento y que a su vez THONA proporcione a cualquier otra empresa del sector asegurador la información que requiera y que se derive de este documento y de otros que sean de su conocimiento.

DECLARO QUE SOY EL BENEFICIARIO FINAL DEL CONTRATO DE SEGURO Y ACTÚO POR CUENTA PROPIA

Lugar y fecha

Firma del solicitante

Firma del representante o apoderado legal
(Si aplica)





INFORME MÉDICO

Instrucciones

- 1.- Este formato debe ser llenado y firmado por el médico tratante con letra de molde y/o electrónicamente.
- 2.- Favor de no dejar preguntas ni espacios sin contestar, la información debe ser detallada.
- 3.- Este documento no será válido con tachaduras, rayaduras o enmendaduras y de lo declarado no se aceptan cambios posteriores.

DATOS DEL ASEGURADO

Nombre _____ Apellido Paterno _____ Apellido Materno _____

Fecha de nacimiento (dd/mm/aaaa) _____ Género F M Edad _____ No. de póliza _____

Actividad, ocupación o profesión _____ Correo electrónico _____

DATOS DEL ACCIDENTE

Fecha del accidente(dd/mm/aaaa) _____ Hora/minutos _____

Fecha 1er consulta(dd/mm/aaaa) _____

¿Se le ha relacionado con algún otro padecimiento, enfermedad o accidente? Si No

¿Cual? _____

MECANISMO DE LESIÓN

Cuadro clínico _____

DIAGNÓSTICO DEFINITIVO

DESCRIPCIÓN DE LAS LESIONES/HALLAZGOS

TRATAMIENTO Y/O INTERVENSIÓN QUIRÚRGICA

En caso de cirugía anexar nota post quirúrgica _____

ESTUDIOS REALIZADOS

Cuales fueron los estudios que confirman el diagnóstico, anexar interpretación de estudios realizados _____

ATENCIÓNES SUBSECUENTES

Llenar en caso de atenciones subsecuentes: indicar evolución y estado actual del paciente _____

COSTO DEL TRATAMIENTO COMPLETO

Nombre del hospital _____ Ciudad _____ Honorarios médicos \$ _____

TIPO DE ESTANCIA

Urgencia Corta estancia ambulatoria Hospitalaria Hospital donde se atendió _____

Fecha de ingreso(dd/mm/aaaa) _____ Fecha de egreso(dd/mm/aaaa) _____

INCAPACIDAD

El paciente por su lesión, ¿Requiere incapacidad temporal o definitiva? _____

¿A partir de que fecha se inicia el periodo de incapacidad? (dd/mm/aaaa) _____

¿En que fecha se ingresará a sus actividades habituales? (dd/mm/aaaa) _____

MÉDICO TRATANTE

Nombre _____ Apellido Paterno _____ Apellido Materno _____

RFC _____ Especialidad _____

No. de cédula profesional _____ No. de cédula especialidad _____ Teléfono _____

Correo electrónico _____ Lugar _____ Fecha (dd/mm/aaaa) _____

RESPONSABLE DEL PACIENTE

Nombre _____ Apellido Paterno _____ Apellido Materno _____

RFC _____ No. de Identificación oficial _____ Teléfono _____

Se le informa al médico que la inexacta o falsa declaración en el presente informe invalidará toda responsabilidad de la compañía.

El tratamiento de los datos personales se realiza de acuerdo al Aviso de Privacidad en www.thonaseguros.mx

Nombre y firma del médico tratante

Nombre y firma del responsable del paciente





AVISO DE ACCIDENTE

Es indispensable para la atención médica con pago directo y/o reembolso la presentación de este formato completamente requisitado.

No. Póliza _____ Contratante _____
Fecha del reporte (dd/mm/aaaa) _____ Hora del reporte hora/minutos _____

DATOS DEL ASEGURADO AFECTADO

Nombre(s) _____ Apellido paterno _____ Apellido materno _____
Edad _____ Fecha de nacimiento (dd/mm/aaaa) _____ Género M F
Nombre del padre o madre (si es menor de edad) _____
Teléfono de contacto _____ Correo electrónico _____
País _____ Nacionalidad _____
Calle y Núm. ext. _____ Núm. int. _____ Colonia _____
Estado _____ Alcaldía o Municipio _____ C.P. _____
CURP _____

DATOS DEL ACOMPAÑANTE EN CASO DE SER MENOR DE EDAD O ESTAR EN ESTADO DE INCONCIENCIA

Nombre _____ Relación con el asegurado _____
Teléfono móvil _____ Correo electrónico _____ Firma _____

DESCRIPCIÓN DEL ACCIDENTE

Fecha y hora del accidente _____ Lugar _____
Expliqué detalladamente como ocurrió el accidente _____

Describe el tipo de lesión y la zona del cuerpo afectada _____

ADVERTENCIA: El contratante, asegurado y/o beneficiario están obligados a declarar los hechos relacionados con el siniestro, tal como los conozcan o deban conocer. La falsedad en las declaraciones que se efectúen para obtener el pago de un siniestro que de conocerse la verdad no hubiera procedido, puede ser constitutiva de un delito sancionado por las leyes penales.

DATOS DE LA INSTITUCIÓN/EMPRESA

Nombre completo del responsable _____
Puesto _____ Teléfono _____ Correo electrónico _____
Firma _____ Sello de la institución _____

Lugar y fecha (dd/mm/aaaa) _____

Nombre del asegurado afectado _____ Firma del asegurado afectado _____

THONA SEGUROS, S.A. de C.V., (THONA) me ha puesto a la vista el Aviso de Privacidad para dicha aseguradora tiene establecido conforme a la Ley Federal de Protección de Datos Personales en posesión de los particulares, mismos que he leído y comprendido por lo que otorgo mi consentimiento libre de vicios, para que THONA recabe, utilice, conserve y/o transfiera mis datos personales sean estos financieros, patrimoniales y/o datos personales sensibles; asimismo manifiesto mi conformidad para que THONA pueda allegarse de información mía a través de otras fuentes o personas. Consultar aviso de privacidad en www.thonaseguros.mx. Autorizo a THONA para recabar historia clínica, prescripciones, tratamientos, radiografías de los hospitales, clínicas, sanatorios, laboratorios y/o establecimientos de salud, que hayan examinado al asegurado afectado con relación a cualquier lesión que haya sufrido. Autorizo a los médicos que me hayan asistido, a los hospitales, clínicas, sanatorios, laboratorios y/o establecimientos de salud, a los que hayan acudido para tratamiento y/o diagnóstico de cualquier accidente y/o a las autoridades judiciales o administrativas que hayan tenido conocimiento de mi caso para que proporcionen la información que les sea solicitada por THONA, con relación a la presente reclamación, siendo suficiente copia fotostática de este documento ya que es tan válida como la original. Autorizo a las compañías de seguros a las que previamente he solicitado la celebración de cualquier contrato o solicitud de seguro para que proporcionen a THONA la información de su conocimiento y que a su vez THONA proporcione a cualquier otra empresa del sector asegurador la información que requiera y que se derive de este documento y de otros que sean de su conocimiento.

