

AVISO DE ACCIDENTE O ENFERMEDAD

GRAVES ENFERMEDADES E INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS

(Este apartado deberá ser llenado por el Asegurado Titular)

DATOS DE IDENTIFICACIÓN

Nombre del Contratante		R.F.C.	No. de Póliza
<input style="width: 90%;" type="text"/>		<input style="width: 90%;" type="text"/>	<input style="width: 90%;" type="text"/>
Nombre del Asegurado Titular (completo)			No. de Certificado
<input style="width: 95%;" type="text"/>			<input style="width: 90%;" type="text"/>
Nombre del Asegurado Afectado (completo)			
<input style="width: 95%;" type="text"/>			
Fecha de Nacimiento		Sexo	Parentesco con Titular
Día <input style="width: 20px;" type="text"/>	Mes <input style="width: 20px;" type="text"/>	Año <input style="width: 20px;" type="text"/>	<input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Masculino
Domicilio del Asegurado (completo)			
<input style="width: 95%;" type="text"/>			
Teléfono		Ocupación	Lugar de Trabajo
<input style="width: 90%;" type="text"/>		<input style="width: 90%;" type="text"/>	<input style="width: 90%;" type="text"/>

SU SOLICITUD SE REFIERE A

Graves Enfermedades			
Accidente Cerebro Vascular <input type="checkbox"/>	Infarto Cardíaco <input type="checkbox"/>	Insuficiencia Renal <input type="checkbox"/>	Cáncer <input type="checkbox"/>
Intervenciones Quirúrgicas (Describa en qué consistió)			
<input style="width: 95%; height: 40px;" type="text"/>			

DATOS DEL EVENTO

Nombre Completo del Médico que hizo el Diagnóstico o Intervención	
<input style="width: 95%;" type="text"/>	
Dirección Completa del Médico que hizo el Diagnóstico o Intervención	
<input style="width: 95%;" type="text"/>	
Síntomas o Dolencias que le llevaron a visitar al Médico	
<input style="width: 95%; height: 40px;" type="text"/>	
Fecha en que iniciaron esas Dolencias	Nombre del Hospital en que se hizo el Diagnóstico o se llevó a cabo la Int. Quirúrgica
Día <input style="width: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 90%;" type="text"/>
Mes <input style="width: 20px;" type="text"/>	
Año <input style="width: 20px;" type="text"/>	
Dirección del Hospital en que se hizo el Diagnóstico o se llevó a cabo la Intervención Quirúrgica	
<input style="width: 95%;" type="text"/>	

Enumere los análisis que adjunta para los cuales se basó el Diagnóstico de la enfermedad y/o la necesidad de la Intervención Quirúrgica:

Clínicos	Patológicos	Gabinete	Otros
<input style="width: 95%; height: 40px;" type="text"/>	<input style="width: 95%; height: 40px;" type="text"/>	<input style="width: 95%; height: 40px;" type="text"/>	<input style="width: 95%; height: 40px;" type="text"/>

En caso de Intervención Quirúrgica señale comprobante que adjunta

Copia de la factura hospitalaria si la Intervención se realizó en Institución Privada <input type="checkbox"/>	Carta comprobatoria en original y con papel membretado o sellado en la que conste el internamiento y el motivo, si la Intervención se llevó a cabo en Institución Privada <input type="checkbox"/>
--	--

Como requisito legal se solicita copia de su Identificación Oficial, de preferencia de la Credencial de Elector y copia de un comprobante de domicilio si la dirección actual no es la que aparece en la identificación.

El que suscribe, solicita y autoriza a cualquier hospital, al médico o persona que me haya atendido o examinado a cualquier miembro de mi familia, a suministrar a Seguros Argos, S.A de C.V., o a su representante, toda la información con relación a la enfermedad o lesión que haya sufrido, historia clínica, consultas, prescripciones o tratamientos, incluyendo radiografías y copias de expedientes del Hospital o Médico, lo que podrá ser incluido como parte de las pruebas de la reclamación presentada por mí a la Institución. La copia fotostática de esta autorización deberá ser considerada tan efectiva y válida como el original.

Lugar y Fecha

Firma del Asegurado Titular