



## 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 Secretaría 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.