

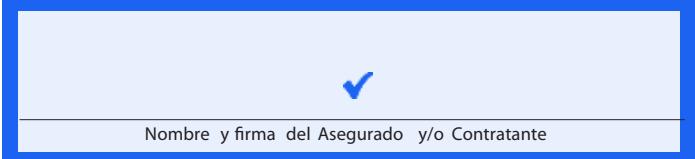
**Aviso de accidente o enfermedad**  
**(Reembolso, programación de servicios y/o tratamiento médico)**

Este cuestionario deberá ser llenado según aplique con información correcta, detallada, firmado por el Asegurado.  
Por el hecho de proporcionar este formulario, la Compañía 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 y/o enmendaduras.

**EMPLEADOS: REVISAR LA  
TARJETA DE LÍNEA AZUL.**  
**ALUMNOS: N/A**

Póliza No.	Fecha						
✓	<table border="1"> <tr> <td>dia</td> <td>mes</td> <td>año</td> </tr> <tr> <td>✓</td> <td>✓</td> <td>✓</td> </tr> </table>	dia	mes	año	✓	✓	✓
dia	mes	año					
✓	✓	✓					

<b>I. Datos del Asegurado titular</b>																			
Apellido paterno				Apellido materno				Nombre(s)				Código cliente o No. de certificado							
R.F.C.				CURP (si cuenta con ella)				Sexo				Nacionalidad (si es distinta a la mexicana)							
Estado civil				Ocupación actual				Actividad o giro del negocio donde trabaja											
¿El Asegurado desempeña o ha desempeñado cargo alguno dentro del gobierno estatal o federal en los últimos cuatro años?												Sí		Definir cargo:		Correo electrónico (si cuenta con él)			
Domicilio particular																			
Calle												No. exterior		No. interior					
Colonia																			
Municipio o delegación				Ciudad o población				Entidad federativa				País							
								clave lada				Teléfono							
<b>II. Datos del Asegurado afectado (en caso de ser distinto al Asegurado titular)</b>																			
Apellido paterno				Apellido materno				Nombre(s)				Código cliente o No. de certificado							
R.F.C.				CURP (si cuenta con ella)				Sexo				Estado civil							
Ocupación				Parentesco con el titular															
Domicilio (en caso de ser distinto al del Asegurado titular)																			
Calle												No. exterior		No. interior					
Colonia																			
Municipio o delegación				Ciudad o población				Entidad federativa				País							
								clave lada				Teléfono							
Lugar donde recibió la atención																			
								Estado				Municipio o delegación							
<b>III. Datos del contratante persona física (en caso de ser distinto al Asegurado titular)</b>																			
Apellido paterno				Apellido materno				Nombre(s)				Código cliente (si cuenta con él)							
R.F.C.				CURP (si cuenta con ella)				Sexo				Nacionalidad (si es distinta a la mexicana)							
Ocupación actual				Actividad o giro del negocio donde trabaja				Correo electrónico (si cuenta con él)				Relación con el solicitante titular							
¿El contratante desempeña o ha desempeñado cargo alguno dentro del gobierno estatal o federal en los últimos cuatro años?												Sí		Definir cargo:					
Contratante (en caso de existir como persona moral)																			
Razón social												Código cliente (si cuenta con él)							
R.F.C.				Giro mercantil, actividad u objeto social				Correo electrónico o página de internet (si cuenta con ella)											
Nombre del representante legal																			
Apellido paterno				Apellido materno				Nombre(s)											
Domicilio del contratante (persona física o moral)																			
Calle												No. exterior		No. interior					
Colonia																			
Municipio o delegación				Ciudad o población				Entidad federativa				País (si es distinto a México)							
								clave lada				Teléfono							

¿Ha presentado gastos anteriores por este padecimiento en ésta u otra compañía?				No. de reclamación					
Tipo de reclamación <input type="checkbox"/> Inicial <input checked="" type="checkbox"/> Complementaria				<b>SÓLO SI ES PAGO SUBSECUENTE</b>					
Se trata de: <input checked="" type="checkbox"/> Accidente <input type="checkbox"/> Enfermedad <input type="checkbox"/> Embarazo		Indique diagnóstico motivo de su reclamación							
Si es accidente detállese ¿cómo y cuándo ocurrió?						Fecha del accidente o inicio del padecimiento			
						día mes año <input checked="" type="checkbox"/>			
En caso de accidente automovilístico ¿existe seguro del (de los) automóvil(es)? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		Nombre de la Compañía		Cobertura		Suma Asegurada (GM)		Póliza No.	
N/A N/A N/A N/A N/A N/A		N/A N/A N/A N/A N/A N/A		N/A N/A N/A N/A N/A N/A		N/A N/A N/A N/A N/A N/A		N/A N/A N/A N/A N/A N/A	
Anexar copia de la actuación del Ministerio Público o comprobante y/o reporte recibido de la Compañía, así como interpretación de estudios realizados.									
Hospital donde se internará					Datos de ingreso programado				
N/A N/A N/A N/A N/A N/A N/A N/A N/A N/A					hora día mes año N/A N/A N/A N/A N/A N/A N/A N/A N/A N/A				
Nombre del médico					Especialidad			¿Se encuentra en convenio con esta Compañía?	
N/A N/A N/A N/A N/A N/A N/A N/A N/A N/A					N/A N/A N/A N/A N/A N/A			N/A Sí N/A No N/A N/A N/A	
¿A través de qué medio le fue referido el médico?									
<input type="checkbox"/> Seguro <input type="checkbox"/> Hospital <input type="checkbox"/> Otro									
Mediante este documento declaro que toda la información vertida en él es verdadera y está acorde con los antecedentes médicos que conozco, y me hago responsable de sus consecuencias.									
 Nombre y firma del Asegurado y/o Contratante						<b>ES IMPORTANTE FIRMAR EL FORMATO</b>			

Nombre del agente	Clave	Teléfono	Estado
N/A N/A N/A N/A N/A N/A N/A	N/A N/A N/A N/A N/A N/A	N/A N/A N/A N/A N/A N/A	N/A N/A N/A N/A N/A N/A

Asistencia Línea Azul

Con gusto lo atenderemos los 365 días del año, las 24 hrs. del día, proporcionándole los siguientes beneficios:

- Orientación sobre el funcionamiento de su póliza.
- Información sobre los médicos que forman parte del Círculo Médico.
- Orientación médica telefónica sin costo, proporcionada por Médica Móvil.
- Información sobre hospitales en convenio.
- Información sobre proveedores médicos que ofrecen precios preferenciales.
- Información sobre el seguimiento de su trámite.

5227 3333 Ciudad de México  
01 800 001 9200 Sin costo Nacional