

FORMATO DE RECLAMACION

FOLIO : _____

Con el objeto de que THONA SEGUROS, S.A. de C.V., pueda dar trámite a la reclamación derivada del Contrato de Seguro contenida en la póliza abajo citada, proporcione la siguiente información:
Declaro bajo protesta de decir verdad, que en el momento en que reciba el pago solicitado, correspondiente al pago de la reclamación con número de folio al rubro citada, queda entendido que otorgo a THONA SEGUROS S.A de C.V., el finiquito más amplio que en derecho sea procedente y la eximo de toda obligación o responsabilidad con el siniestro mencionado, deslindándola así de cualquier reclamación futura.

TIPO DE RECLAMACION

INICIAL () COMPLEMENTARIA () indique Número de Siniestro _____

GASTOS MEDICOS POR ACCIDENTE () PERDIDAS ORGANICAS () INDEMNIZACION DIARIA ()

DATOS DEL CONTRATANTE Y ASEGURADO TITULAR

Nombre de la Empresa Contratante : _____ Número de póliza: _____
 Nombre del Asegurado titular: _____ Certificado: _____
 RFC o CURP: _____ Edad: _____
 Domicilio: _____
 Teléfono: _____
 Correo electrónico: _____ Celular: _____

DATOS DEL ASEGURADO AFECTADO (En caso de ser distinto al Asegurado Titular)

Nombre del afectado _____
 Fecha de nacimiento: _____ día / mes / año Lugar de nacimiento: _____
 Domicilio: _____
 Teléfono: _____
 Correo electrónico: _____ Celular: _____
 Ocupación o Profesión (especifique labores diarias): _____
 Parentesco con el asegurado Titular: _____

DESCRIPCION DEL ACCIDENTE

Cómo y dónde ocurrió el accidente?: _____

 Fecha en que ocurrió el accidente: _____ día / mes / año
 Señale si en el accidente intervino alguna Autoridad Judicial: SI () NO (), en caso afirmativo anexe las Actuaciones del Ministerio Público
 Indique Diagnóstico motivo de su reclamación: _____
 En caso de Pérdidas Orgánicas, especifique: _____

Descripción de estudios de gabinete y análisis clínicos que confirman el diagnóstico: _____

ANEXAR INTERPRETACIÓN DE LOS ESTUDIOS DE IMAGENOLÓGÍA POR RADIÓLOGO CERTIFICADO

Lugar donde recibió la atención: _____
 En caso de haber necesitado de hospitalización, refiera el nombre del Hospital, dirección y días de internamiento (mencione fechas): _____

DATOS DE LOS MEDICOS QUE ATENDIERON AL ASEGURADO (Inclúyanse ayudantes de cirujano y anestesiólogo)

Nombre (Apellido Paterno, Materno, Nombre(s) : _____
 Domicilio, Ciudad y Estado : _____ Teléfono: _____
 Nombre (Apellido Paterno, Materno, Nombre(s) : _____
 Domicilio, Ciudad y Estado : _____ Teléfono: _____
 Nombre (Apellido Paterno, Materno, Nombre(s) : _____
 Domicilio, Ciudad y Estado : _____ Teléfono: _____

OTROS SEGUROS

Indíquenos si posee otros seguros de accidentes

Compañía: _____ No. de Póliza: _____
 ¿Esta tramitando actualmente esta misma reclamación en otra Compañía de Seguros?
 Compañía: _____ No. de Póliza: _____

