



## AVISO DE ACCIDENTE Y/O ENFERMEDAD

Para ser llenado por el paciente y/o familiar

NOTA: ES IMPORTANTE QUE TODAS LAS PREGUNTAS SEAN CONTESTADAS Y QUE SE DE UNA INFORMACION COMPLETA Y DETALLADA POR EL HECHO DE PROPORCIONAR ESTE FORMULARIO, LA INSTITUCION NO QUEDA OBLIGADA A ADMITIR LA VALIDEZ DE LA RECLAMACION NI A RENUNCIAR A LOS DERECHOS QUE SE RESERVA CONFORME A LA POLIZA

### DATOS DEL CONTRATANTE Y TITULAR

AFILIADO TIULAR

TELEFONO

EMPRESA

NUM. DE CREDENCIAL

OCUPACION

### DATOS DEL AFILIADO AFECTADO

NOMBRE DE LA PERSONA AFECTADA

EDAD

PARENTESCO CON EL TITULAR

FECHA DE INGRESO A LA EMPRESA

DOMICILIO

TELEFONO

HA TENIDO RECLAMACIONES POR OTRO ACCIDENTE O PADECIMIENTO:

SI

NO

DESCRIBALO:

### DATOS DEL ACCIDENTE O ENFERMEDAD

SE TRATA DE: (ponga una cruz)

ACCIDENTE

ENFERMEDAD

HA PRESENTADO GASTO ANTERIORES POR ESTE PADECIMIENTO EN ESTA U OTRA COMPAÑÍA:

SI

NO

FECHA

DESCRIBA

DD / MM / AA

FECHA EN QUE OCURRIERON LOS 1ROS SINTOMAS DE LA ENF

FECHA: DD / MM / AA

¿CUAL FUE EL ACCIDENTE O LA ENFERMEDAD? (DETALLE COMO Y CUANDO OCURRIO)

QUE ESTUDIOS DE LABORATORIO Y GABINETE FUERON REALIZADOS?

HOSPITAL DONDE SE REALIZO LA ATENCION

EN CASO DE ACCIDENTE ¿SE DIO AVISO AL MINISTERIO PUBLICO?, ANEXAR COPIA DEL MP

SI

NO

### DATOS DE MEDICO TRATANTE

NOMBRE

ESPECIALIDAD

DOMICILIO

ESTADO, CIUDAD:

TELEFONOS

**ACE SEGUROS S.A** con domicilio en **Bosques de Alisos No. 47 A psio 1, bosques de las Lomas C.P 05120 en México D.F.**, hace de su conocimiento que sus datos personales, incluso los sensibles y los patrimoniales y/o financieros recabados, o que se generen con motivo de la relación jurídica que tengamos celebrada o que llegue a celebrarse, serán utilizados para la adecuada prestación de nuestros servicios contratados por usted así como para el ofrecimiento promoción y venta de diversos productos financieros. Para mayor información acerca del tratamiento y los derechos que puede hacer valer, usted puede acceder al Aviso de privacidad completo en la siguiente dirección <http://www.acelatinamerica.com/ACELatinAmericaRoot/México>.

FIRMA DEL TITULAR

FIRMA DEL PACIENTE