

Aviso de Accidente o Enfermedad

Vida



Póliza No. Certificado No. Contratante

Este cuestionario se contesta y entrega a: ALICO México Compañía de Seguros de Vida, S.A. de C.V., en relación con una reclamación derivada del contrato de seguro de mi compañía:

Nombre del Asegurado titular

Nombre del Asegurado titular
Teléfono (LADA) CURP o R.F.C. Edad
Celular E-mail

Nombre del Asegurado afectado

Apellido paterno Apellido materno
Nombre(s) Edad
Parentesco con el Asegurado

Dirección del afectado

Domicilio Calle Número
Teléfono (LADA) Colonia C.P.
Celular Cd. o Población
Estado E-mail

Tipo de reclamación

Inicial Complementaria Pago directo
Programación de cirugía Reembolso N° de siniestro

1) Fecha en que ocurrió el accidente o inició la enfermedad Día Mes Año

2) Antecedentes o enfermedad:

3) Si es accidente, ¿Cómo y dónde ocurrió?

Diagnóstico(s) definitivo(s):

4) Si estuvo hospitalizado, escriba el nombre del hospital Días que estuvo internado

5) ¿Tiene el afectado algún otro seguro contra accidentes o enfermedades? Si No En caso afirmativo, ¿en qué compañía?

6) Nombre del médico que lo atiende Dirección Teléfono

7) Otros médicos que ha consultado durante el padecimiento motivo de esta reclamación
Nombre Dirección Teléfono

El afectado (o su representante) autoriza a ALICO México Compañía de Seguros de Vida, S.A. de C.V., para recabar información de cualquier Institución o médico en relación con alguna enfermedad o lesión que hayamos sufrido como: historia clínica, consultas, prescripciones o tratamientos incluyendo radiografías y copias de expedientes del hospital o médicos. RECUERDE QUE DEBE ANEXAR LOS ORIGINALES DE LOS COMPROBANTES DE LOS GASTOS. Este documento no será válido con tachaduras, enmendaduras y de lo declarado no se aceptan cambios posteriores.

Fechado en el día de de

Firma del Asegurado afectado Firma del Asegurado titular

Aut. C.N.B.S. OF No. 39032 Exp. 730(S-10) 1 del 9-IV-1976

ALICO México Compañía de Seguros de Vida, S.A. de C.V.

Blvd. Manuel Ávila Camacho No 32, Piso 19, Col. Lomas de Chapultepec, C.P. 11000, Delegación Miguel Hidalgo, México, D.F.



5249 3100



www.alicomexico.com.mx

ALICO México Compañía de Seguros de Vida, S.A. de C.V. y MetLife México, S.A. son subsidiarias de MetLife, Inc. cuya marca registrada para todas sus compañías en México es MetLife®

Relación de documentos presentados (marque con una "X")

Informe médico
 Aviso del reclamante
 Estudios

Recetas y otros documentos médicos
 Facturas y recibos (ver relación de gastos presentados)
 Otros documentos

Especifique

Especifique

Relación de gastos presentados

No. de factura	Concepto (hospital, honorarios médicos, medicamentos, etc.)	Monto
1		\$
2		\$
3		\$
4		\$
5		\$
6		\$
7		\$
8		\$
9		\$
10		\$
11		\$
12		\$
13		\$
14		\$
15		\$
Total de gastos presentados		\$

En caso de tramitar cirugía programada, indicar lo siguiente:

Hospital

Médico tratante

Fecha de evento programado

Exclusivo Aseguradora

Sello de acuse y observaciones mesa de control

--