

### Formato de Aviso de Accidente o Enfermedad

Motivo de la Reclamación

Reembolso  Programación de Cirugía/Tratamiento  Pago Directo

Tipo de Reclamación

Accidente  Embarazo  Enfermedad

Instrucciones:

1. Este cuestionario deberá ser llenado y firmado por el Asegurado con letra de molde.
2. Es necesario llenar la forma en su totalidad y dar información completa y detallada.
3. Por el hecho de proporcionar este formulario, la Institución no queda obligada a admitir la validez de la reclamación ni a renunciar a los derechos que se reserva conforme a la Póliza.
4. Este documento no será válido con tachaduras, enmendaduras y de lo declarado no se aceptan cambios posteriores.

Nombre o Razón Social del Contratante _____					No. de Póliza _____	
Apellido Paterno, Materno y Nombre del Asegurado Titular _____					R.F.C. o C.U.R.P. _____	
Apellido Paterno, Materno y Nombre del Asegurado Afectado _____					R.F.C. o C.U.R.P. _____	
No. de Certificado del Afectado _____		Fecha de Alta _____		Nacionalidad _____		
Fecha de Nacimiento _____	Sexo _____	Parentesco con el Titular _____	Correo Electrónico _____	Teléfono de Contacto _____		
Domicilio/Calle _____				No. Exterior _____	No. Interior _____	Colonia _____
C.P. _____	Estado _____	Delegación _____	Ocupación o Profesión _____	Lugar Donde Trabaja/Empresa _____	Giro de la Empresa _____	
¿Ha presentado gastos anteriores por este padecimiento o accidente en esta u otra compañía? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No						
Si su respuesta fue afirmativa, indique No. de Siniestro _____ Compañía _____ Fecha de Alta _____						
¿Actualmente tiene otro seguro? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Compañía _____						
Tipo de Reclamación: <input type="checkbox"/> Inicial <input type="checkbox"/> Complementaria Indique Tipo de Alteraciones y/o Síntomas que presentó: _____						
Fecha en que ocurrió el accidente o aparición de los primeros síntomas de la enfermedad: _____						
Fecha en que visitó por primera vez al médico por esta enfermedad: _____						
Indique el diagnóstico motivo de su reclamación: _____						
Si es accidente detállese ¿Cómo y dónde fue? _____						
Autoridad que tomó conocimiento del accidente (anexar copias del Ministerio Público) _____						
En caso de accidente automovilístico ¿cuenta con seguro de automóvil? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Nombre de la Compañía _____						
Cobertura _____ Suma Asegurada _____ No. de Póliza _____ Compañía del Tercero _____						
Hospital donde fue atendido _____ ¿Estuvo hospitalizado? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si Días de estancia _____						
¿Que estudios se le realizaron para el diagnóstico y/o tratamiento? _____						
Nombre del Médico Tratante _____ Especialidad _____						
Dirección _____ Tel. y/o Correo Electrónico _____						
¿Médicos que a consultado en los últimos dos años? _____ Causa y Fecha _____						
_____ Tel. y/o Correo Electrónico _____						
Autorizo a los médicos o personas que me hayan asistido o examinado, a los hospitales, sanatorios, clínicas a los que haya ingresado para estudio, diagnóstico o tratamiento de cualquier enfermedad o lesión para que proporcionen toda la información que se requiera, tales como resultados de estudios de laboratorio y gabinete, historia clínica completa, indicaciones médicas y todo aquello que pueda ser útil para la evaluación correcta de mi reclamación. En relación a lo anterior, relevo de cualquier responsabilidad y del secreto médico a las personas responsables de proporcionar la información, así mismo autorizo a las Compañías de Seguros a las que previamente he solicitado pólizas para que proporcionen la información de su conocimiento para la correcta evaluación de mi reclamación.						
_____ Nombre y Firma del Titular				_____ Nombre y Firma del Afectado		
Fecha _____		Lugar _____				

## Requisitos para el Trámite de una Reclamación de Accidentes Personales o Gastos Médicos Mayores

Con el objeto de poder servirle con oportunidad y eficiencia, le solicitamos nos proporcione la documentación detallada a continuación correctamente requisitada:

### En Caso de Reembolso de Gastos Médicos Mayores o Pérdidas Orgánicas o Indemnización Diaria por Hospitalización, requisitar:

1. \*Relación de documentos para el trámite de su Reclamación de Accidentes y Enfermedades.
2. \*Aviso de Accidente o Enfermedad.
3. \*Informe Médico, éste deberá ser requisitado por el médico que atendió al asegurado. En caso de haber sido atendido por varios médicos, requisitar uno por médico.
4. Estudios médicos practicados y resultados, como son: estudios histopatológicos, radiografías, tomografías, análisis, etc.
5. Recibos y Facturas originales con los requerimientos de la S.H.C.P. Solitar al Hospital o Médico la(s) Factura(s) a nombre de **Royal & SunAlliance Seguros (México) S.A. de C.V., R.F.C.: R&S 811221 KR6, Blvd. Adolfo López Mateos 2448, Altavista 01060 México D.F. y/o a Nombre del Asegurado**, con el desglose de los gastos cargados, detallando cada uno de los conceptos considerados como: medicamentos, cama extra, renta diaria del cuarto, ambulancia, etc.
6. Las Notas de Farmacia de los medicamentos adquiridos fuera del Hospital deberán estar debidamente desglosadas y acompañadas de las recetas médicas correspondientes.

### En Caso de Incapacidad:

1. \*Aviso de Accidente o Incapacidad.
2. \*Informe Médico.
3. Último Recibo de Sueldo del Asegurado.
4. Forma del Seguro Social o carta de empleo de Recursos Humanos.

### En Caso de Fallecimiento:

1. \*Declaración 1 y 2, La forma No. 1 deberá ser requisitada por el o los Beneficiarios designados en la(s) Póliza(s) de Seguros o por sus Representantes Legales.  
La Forma No. 2 deberá ser requisitada por el Médico que extendió el Certificado de Defunción o el que atendió al Asegurado durante su enfermedad.
2. Acta de Defunción del Asegurado en original o copia certificada y Acta de Matrimonio en caso de ser casado.
3. Póliza de Seguro de Accidentes Personales o Certificado.
4. Acta de Nacimiento del Asegurado.
5. Al momento de pago del siniestro cada beneficiario deberá portar una Identificación con validez oficial (pasaporte, credencial de elector, cartilla, cédula profesional, etc.). Si los Beneficiarios fueren menores de edad, favor de traer la tutoría autorizada por un Juez o el nombramiento de quien ejerza la Patria Potestad.

### En Caso de Muerte Violenta:

Como: accidente automovilístico, muerte en vía pública, asalto, herida por arma de fuego o blanca, homicidio, suicidio, etc. favor de entregar completas las actuaciones del Ministerio Público.

\*El formato podrá ser solicitado en nuestras oficinas.