

---

## Estimado Asegurado

---

Con la Finalidad de darle una respuesta en el menor tiempo posible, le sugerimos leer cuidadosamente este documento.

---

## Recomendaciones Generales

---

- a) Presente un informe médico por cada médico tratante.
- b) Verifique que todas las preguntas de esta solicitud sean contestadas con claridad y precisión evitando omitir datos.
- c) Si el hospital o el médico expide un recibo por el total de su cuenta, solicite el desglose por cada concepto.
- d) No se reembolsarán donativos a instituciones de Beneficiencia.
- e) En caso de que se trate de una reclamación complementaria, favor de proporcionar su número de reclamación anterior.
- f) Conserve copia de todos y cada uno de los comprobantes cuyo reembolso se pretenda, ya que podrán ser deducibles de impuestos sobre la renta en los términos del artículo 140, fracción II, de la propia ley, descontando de estos gastos el importe reembolsado por la compañía, para la cual también será necesario conservar el comprobante de pago correspondiente.

---

## Documentos que debe presentar el Asegurado

---

- a) Esta solicitud y el informe médico debidamente contestados y firmados por el asegurado y el médico tratante respectivamente.
- b) En cualquier atención hospitalaria, anexar la historia clínica del hospital completa que incluya: antecedentes, padecimiento actual, diagnóstico, resultado de los estudios practicados y el tratamiento realizado. En caso de cirugía presentar hoja del reporte de la sala de operaciones.
- c) Resultado de los estudios practicados (laboratorio, radiografías, ultrasonido, tomografías, resonancia magnética, estudio histopatológico, etc.)
- d) Original de los comprobantes de los gastos erogados (facturas, recibos de honorarios, notas de farmacia que indiquen los medicamentos y acompañados de la receta, etc.).

Estos deben reunir invariablemente los requisitos fiscales que para tal efecto exige la Secretaría de Hacienda y Crédito Público como son: Cédula de identificación fiscal, número de factura o recibo, etc.

---

## Notas:

---

Verifique que la información requerida este completa, en caso contrario nos veremos en la necesidad de solicitarlo posteriormente.

Centro de Atención 24 hrs.:  
Gastos Médicos 51 69 27 27  
Lada sin costo 01 800 00 18 700  
Lada sin costo EUA y Canadá 18 88 29 37 221

**Aviso de Siniestro** (Debe ser contestado por el asegurado)

Empresa contratante: \_\_\_\_\_ No. de Póliza \_\_\_\_\_

Asegurado Titular \_\_\_\_\_  
Apellido Paterno Apellido Mateno Nombre(s)

No. de Certificado \_\_\_\_\_ Ocupación \_\_\_\_\_

**Datos del Asegurado Afectado**

Nombre del Asegurado Afectado \_\_\_\_\_  
Apellido Paterno Apellido Mateno Nombre(s)

Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_ Fecha de Alta en el Seguro \_\_\_\_\_  
Año Mes Día Año Mes Día

Parentesco con el Asegurado \_\_\_\_\_ Ocupación \_\_\_\_\_

Domicilio \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_

¿Tiene o ha tenido Seguros de Gastos Médicos en otra compañía? \_\_\_\_\_

No. de Póliza \_\_\_\_\_ Compañía \_\_\_\_\_

Se Trata de: Accidente  Enfermedad  Embarazo

¿Ha presentado Gastos Anteriores por este padecimiento en esta u otra compañía? Sí  No

Compañía(s) \_\_\_\_\_ No. de Siniestro \_\_\_\_\_

Fecha en que ocurrió el accidente o aparecieron los primeros síntomas de la enfermedad \_\_\_\_\_  
Año Mes Día

¿Cuál fue el accidente o la enfermedad? \_\_\_\_\_

Si es accidente detállese ¿Cómo y dónde ocurrió? \_\_\_\_\_

Mencione el motivo por el cual recibió la atención médica \_\_\_\_\_

¿Cuáles estudios de laboratorio y gabinete le fueron realizados? \_\_\_\_\_

Hospital(es) en que estuvo internado \_\_\_\_\_ No. de días que estuvo hospitalizado \_\_\_\_\_

Autoridad que tomó conocimiento del accidente (anexar copias de las actuaciones del ministerio público) \_\_\_\_\_

**Datos de los médicos que lo han atendido**

Nombre	Especialidad
--------	--------------

Dirección	Teléfono
-----------	----------

Nombre	Especialidad
--------	--------------

Dirección	Teléfono
-----------	----------

Nombre	Especialidad
--------	--------------

Dirección	Teléfono
-----------	----------

**Nota: Autorizo al hospital y a el(los) doctor(es) que me atiende(n) a proporcionar copia de la Historia Clínica e información que les sea solicitada por Seguros Comercial América, S.A. de C.V. en relación a los padecimientos por los cuales me hayan tratado. La copia fotostática de esta autorización es tan válida como el original.**

Fechado en \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma del Titular

\_\_\_\_\_  
Firma del Asegurado Afectado