

PROGRAMA de PROTECCIÓN en ACCIDENTES PERSONALES



AVISO DE ACCIDENTES

NUMERO DE FILIACION :

FORMATO PARA LA RECLAMACION DE GASTOS MEDICOS POR ACCIDENTES

Nota: Es indispensable para la atención médica con pago directo la presentación de este formato completamente requisitado - Sección 1 -

SECCION I

A) Datos del Afectado.

Nombre del Afectado : _____ Edad: _____

Nombre Padre o Madre (si afectado es menor de edad): _____

Domicilio: _____ Teléfono particular: _____

B) Datos del accidente.

Lugar donde ocurrió el evento: _____ Fecha: ____/____/____

Descripción detallada del accidente: _____ Hora: _____

Firma del afectado

Se autoriza a GRUPO ARCANDEL MEXICO AGENTE DE SEGUROS SA DE CV para recabar la historia clinica, consultas, prescripciones, tratamientos, radiografias, de cualquier hospital, médico o de cualquier persona que haya examinado al afiliado con relación a cualquier enfermedad o lesion que haya sufrido.

Fechado en: _____ el _____ de _____ del 20 _____