



SEGUROS
NOVA

**SOLICITUD DE RECLAMACION DE PAGO
DE SINIESTRO ACCIDENTES PERSONALES**

FOLIO: _____

Con el objeto de que nuestro seguro pueda dar tramite a la reclamacion de la póliza, proporciono la siguiente informacion.

TIPO DE RECLAMACION



Inicial
Gastos medicos por accidente
Muerte accidental



Complementaria
Indemnizacion diaria
Perdidas organicas

Otra

INDIQUE NUMERO DE SINIESTRO

Cuál _____

DATOS DEL CONTRATANTE Y/O ASEGURADO TITULAR

Nombres

Apellido Paterno

Apellido Materno

Fecha de Nacimiento

Empresa Contratante

Día Mes Año

No de Póliza

Certificado

Género

M

F

Nacionalidad

RFC

Estado Civil

DOMICILIO

Calle

Núm Ext e Int

Colonia

CP

Del. o Municipio

Estado

Teléfono

Teléfono celular

Actividad, Ocupación o Profesión

Correo Electrónico

DATOS DEL BENEFICIARIO (SI ES EL MISMO QUE EL ASEGURADO, OMITIR ESTA SECCION)

Nombres

Apellido Paterno

Apellido Materno

Fecha de Nacimiento

Día Mes Año

Nacionalidad

RFC

Estado Civil

DOMICILIO

Calle

Núm Ext e Int

Colonia

CP

Del. o Municipio

Estado

Teléfono

Teléfono celular

Actividad, Ocupación o Profesión

Correo Electrónico

INFORMACION DEL SINIESTRO EN CASO DE FALLECIMIENTO

Fecha de Nacimiento			Lugar de Fallecimiento
Día	Mes	Año	
Causa del siniestro			

DATOS DE LOS MEDICOS QUE ATENDIERON AL ASEGURADO (INCLUYASE AYUDANTES DE CIRUJANO Y ANESTESIOLOGO, EN CASO DE EXISTIR)

Nombres		Apellido Paterno	Apellido Materno
DOMICILIO			
Calle	Núm Ext e Int	Colonia	CP
Del. o Municipio	Estado	Teléfono	Teléfono celular
Cédula Profesional		Fecha de Atención:	Día Mes Año

DATOS DE LOS MEDICOS QUE ATENDIERON AL ASEGURADO (INCLUYASE AYUDANTES DE CIRUJANO Y ANESTESIOLOGO, EN CASO DE EXISTIR)

Nombres		Apellido Paterno	Apellido Materno
DOMICILIO			
Calle	Núm Ext e Int	Colonia	CP
Del. o Municipio	Estado	Teléfono	Teléfono celular
Cédula Profesional		Fecha de Atención:	Día Mes Año

DATOS DE LOS MEDICOS QUE ATENDIERON AL ASEGURADO (INCLUYASE AYUDANTES DE CIRUJANO Y ANESTESIOLOGO, EN CASO DE EXISTIR)

Nombres		Apellido Paterno	Apellido Materno
DOMICILIO			
Calle	Núm Ext e Int	Colonia	CP
Del. o Municipio	Estado	Teléfono	Teléfono celular
Cédula Profesional		Fecha de Atención:	Día Mes Año

Otros seguros

Indiquenos si posee otros seguros de accidentes personales	Compañía	No de póliza
Actualmente, ¿Está tramitando esta reclamación en otra compañía de seguro?	Compañía	No de póliza

Relación de documentos presentados

Indique con una "X" los documentos presentados:

Interpretación de estudios radiológicos o de gabinete
 Informe Médico (uno por cada Médico tratante)
 Actuaciones del Ministerio público

Recetas
 Facturas y recibos
 otros: (especifique) _____

Relación de gastos presentados

Realice un desglose de los gastos efectuados, como se indica en el siguiente cuadro:

Concepto	Número de facturas / Recibos	MONTO
Honorarios quirurgicos	_____	\$ _____
Honorarios anestesiólogo	_____	\$ _____
Hospitalización	_____	\$ _____
Honorarios por consulta	_____	\$ _____
Exámenes de laboratorio o gabinete	_____	\$ _____
Medicamentos	_____	\$ _____
otros	_____	\$ _____

Medio de Pago

Hasta este momento y en referencia a los recibos que nos anexa a este informe:

Se encuentran completos y no habrá más en el futuro

Se encuentran incompletos por faltar recibos anteriores a esta fecha

Se encuentran incompletos ya que habrá más en fechas futuras por continuación del tratamiento

Transferencia electrónica: Depósito de la suma asegurada en la cuenta bancaria indicada por el beneficiario, cabe señalar que el beneficiario debe ser el titular de dicha cuenta

Otorgo mi consentimiento para que una vez agotados los trámites del siniestro respectivo, y en caso de proceder, se pague el importe mediante:

TRANSFERENCIA ELECTRONICA

CHEQUE

ABONO EN MI CUENTA No

BANCO _____

CUENTA CLABE

SUCURSAL _____

Por el conducto indicado anteriormente solicito y autorizo para que cualquier pago que proceda a mi favor, derivado de lo concertado con esta aseguradora me sea cubierto de acuerdo a los datos proporcionados en este formato.

Al efectuarse el pago de acuerdo a la forma seleccionada por el monto que proceda de ésta y futuras reclamaciones de acuerdo a las condiciones de la póliza, reconozco que se ha efectuado el pago y en consecuencia otorgo a favor el más amplio finiquito que en derecho proceda, sin reservarme derecho o acción alguna que ejercitar en su contra, es decir la aseguradora, desistiéndome en su caso de las reclamaciones ya intentadas o iniciadas en relación a la(s) presentada(s) y en particular por este concepto.

Usted debe requisitar correcta y totalmente este formato, así como anexar los estudios (y su interpretación) que le fueron practicados, los Recibos de Honorarios Médicos, se acompañarán de los formatos de informes Médicos correspondientes, y se enaxarán tantos informes médicos hayan participado.

S. NOVA me ha puesto a la vista el Aviso de Privacidad que dicha aseguradora tiene establecido con forme a la Ley Federal de Protección de datos Personales en Posesión de los Particulares, mismos que he leído y comprendo por lo que otorgo mi consentimiento libre de vicios, para que S. NOVA recabe, utilice, conserve y/o transfiera mis datos personales sean estos financieros, patrimoniales, y/o datos personales sensibles; así mismo manifiesto mi conformidad para que NOVA pueda allegarse de información mía a través de otras fuentes o personas.

Autorizo a NOVA para recabar historia clínica, prescripciones, tratamientos, radiografías de los hospitales, clínicas, sanatorios, laboratorios y/o establecimientos de salud, que hayan examinado al asegurado afectado con relación a cualquier lesión que haya sufrido.

Autorizo a los médicos que me hayan asistido, a los hospitales, clínicas, sanatorios, laboratorios y/o establecimientos de salud, a los que hayan acudido para tratamiento y/o diagnóstico de cualquier accidente y/o a las autoridades Judiciales o Administrativas que hayan tenido conocimiento de mi caso para que proporcionen la información que les sea solicitada por S. NOVA, con relación a la presente reclamación, siendo suficiente copia fotostática de este documento ya que es tan válida como la original.

Autorizo a las compañías de seguros a las que previamente he solicitado la celebración de cualquier contrato o solicitud de seguro para que proporcionen a S. NOVA la información de su conocimiento y que a su vez S. NOVA proporcione a cualquier otra empresa del sector asegurador la información que requiera y que se derive de este documento y de otros que sean de su conocimiento.

LUGAR Y FECHA

En: _____ el día _____ de _____ de _____.

Nombre y Firma de Asegurado Titular

Nombre y Firma de Asegurado Afectado