
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

Seguros Comercial América, S.A. de C.V.
Av. Periférico Sur 3325 Piso 11
San Jerónimo Aculco, 10400 México, D.F.

Tels.: 5169.1000 • 5169.2500
www.ing-comercialamerica.com
Clave: SE-020-2

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