

AVISO DE ACCIDENTES

Es indispensable para la atención médica con pago directo la presentación de este formato completamente requisitado

DATOS DEL ASEGURADO AFECTADO

Nombre del afectado _____ Edad: _____
Nombre del Padre o Madre (si el afectado es menor de edad): _____
Domicilio: _____ Teléfono: _____

DESCRIPCION DEL ACCIDENTE

Lugar donde ocurrió el accidente?: _____ Fecha: _____
_____ día mes año
Hora: _____

Descripción detallada del accidente: _____

ADVERTENCIA: El Contratante, Asegurado y Beneficiarios están obligados a declarar los hechos relacionados con el siniestro, tal como los conozcan o deban conocer. La falsedad en las declaraciones que se efectúen para obtener el pago de un siniestro que de conocerse la verdad no hubiera procedido, pueden ser constitutivas de un delito sancionado por las leyes penales.

DATOS DE LA INSTITUCION

Nombre de la Institución : _____ Numero de póliza: _____
Nombre del Responsable: _____ Puesto: _____
Teléfono: _____ Sello de la escuela

Firma: _____

THONA Seguros S.A. de C.V., (THONA) me ha puesto a la vista el Aviso de Privacidad que dicha aseguradora tiene establecido conforme a la Ley Federal de Protección de Datos Personales en Posesión de los Particulares, mismo que he leído y comprendido por lo que otorgo mi consentimiento libre de vicios, para que THONA recabe, utilice, conserve y/o transfiera mis datos personales sean estos financieros, patrimoniales y/o datos personales sensibles; asimismo manifiesto mi conformidad para que THONA pueda allegarse de información mía a través de otras fuentes o personas.

Se autoriza a THONA SEGUROS, S.A. de C.V. para recabar Historia clínica, prescripciones, tratamientos, radiografías de los Hospitales, Clínicas, Sanatorios, laboratorios y/o establecimientos de salud, que haya examinado al asegurado afectado con relación a cualquier lesión que haya sufrido.

Lugar y Fecha: _____

CODIGO AA201305