

División	Folio

Datos de la Hospitalización

Hospital _____ Cuarto _____ Fecha y hora del ingreso _____
 Año Mes Día Hora

Nombre del Paciente _____
 (Apellido Paterno, Apellido Materno, Nombre(s))

Fecha de Nacimiento _____ Edad _____ Edo. Civil _____ Sexo: Masculino Femenino
 Año Mes Día

Parentesco con el Asegurado Principal _____ Causa del Internamiento: Accidente Enfermedad Embarazo

¿Siniestros Previos? Sí No No. Siniestro _____

Diagnóstico _____

Tratamiento _____

Médico Tratante _____

Fecha de alta a la Póliza _____ Certificado No. _____ Identificado con: _____
 Año Mes Día

Datos de la Póliza

Póliza No. _____ Vence el: _____ Pagada: Sí No
 Año Mes Día

Contratante _____

Asegurado Principal _____ Teléfono _____
 (Apellido Paterno, Apellido Materno, Nombre(s))

Dictamen

Procede la Reclamación: Sí No Causa del Rechazo _____

Suma Asegurada \$ _____
 (Cantidad con letra)

Responsabilidad Máxima por Pago de Honorarios

Por Tratamiento Médico	\$ _____
Honorarios Cirujano	\$ _____
Ayudantes 1o.	\$ _____
Ayudantes 2o.	\$ _____
Otros	\$ _____
Honorarios Anestesia	\$ _____

Cargos a Cuenta del Asegurado

Deducible \$ _____
 (Cantidad con letra) _____

Coaseguro _____ %

Gastos no cubiertos por la Póliza y a cargo del Paciente: pañales, comidas para los acompañantes, llamadas de larga distancia, gastos del recién nacido, caja fuerte, utensilios de uso personal (pañuelos desechables, shampoo, peine, ropa, maquillaje, zapatos, juguetes, flores, dulces, etc), excedente de habitación standard y películas.

Observaciones: _____

Lugar y Fecha: _____

Médico Asesor	Asegurado y/o Familiar	Recibe Hospital
Nombre _____	Nombre _____	Nombre _____
Firma _____	Firma _____	Firma _____

Centro de Atención 24 horas:
 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