

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	_____	_____	_____
Firma	_____	_____	_____

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