

**THONA SEGUROS®**

| LOS ÚNICOS AL ALCANCE DE TODOS |

AVISO DE ACCIDENTE**Es indispensable para la atención médica con pago directo y/o reembolso la presentación de este formato completamente requisitado**

Motivo de atención

Fecha**Hora**Día Mes Año **Datos del asegurado afectado**

Nombre(s) del asegurado

Apellido paterno

Apellido materno

Fecha de nacimiento

Día Mes Año

Género

F M

Nombre del padre o madre (Si el asegurado es menor de edad)

Teléfono

Correo electrónico

Calle

Núm. Ext. e Int.

Colonia

C.P.

Estado

Datos del contratante

Nombre del contratante

No. Póliza

Datos del accidente

Fecha del accidente

Día Mes Año

Hora (hh:mm)

Lugar donde ocurrió el accidente

Descripción detallada del accidente**Describe la naturaleza de las lesiones que presenta**

ADVERTENCIA: El contratante, asegurado y/o beneficiario 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, puede ser constitutiva de un delito sancionado por las leyes penales.

Datos de la persona quien certifica el accidente

Nombre(s)

Apellido paterno

Apellido materno

Relación con el Asegurado

Teléfono

Correo electrónico

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, mismos 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. Consultar aviso de privacidad en www.thonaseguros.mx.

-Autorizo a THONA 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 haya 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 THONA, 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 THONA la información de su conocimiento y que a su vez THONA 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.

Nombre y firma del asegurado afectado

(En caso de minoría de edad, nombre y firma del padre o tutor)

Lugar y fecha

MC-AVI-AP-0816