



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 LA ATENCIÓN: _____ DIA _____ MES _____ AÑO _____ HORA MINUTOS

DATOS DEL ASEGURADO AFECTADO

NOMBRE (S)			APELLIDO PATERNO			APELLIDO MATERNO		
FECHA DE NACIMIENTO DIA _____ MES _____ AÑO _____		GÉNERO M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>		NOMBRE DEL PADRE O MADRE (SI ES MENOR DE EDAD)				
CLAVE LADA		TELÉFONO DE CONTACTO		CORREO ELECTRÓNICO		PAIS		NACIONALIDAD
CALLE			NÚMERO EXT. E INT.		COLONIA		CODIGO POSTAL	
DELEGACIÓN O MUNICIPIO			ESTADO			CURP		

DESCRIPCIÓN DEL ACCIDENTE

FECHA		DIA	MES	AÑO	HORA <input type="text"/>		MINUTOS <input type="text"/>	LUGAR	
DESCRIPCIÓN DETALLADA DEL ACCIDENTE									
DESCRIBA LA NATURALEZA DE LAS LESIONES QUE PRESENTA									

DATOS DE LA PERSONA QUE CERTIFICA EL ACCIDENTE

NOMBRE		PÓLIZA		TELÉFONO		CORREO ELECTRÓNICO		
NOMBRE COMPLETO DE RESPONSABLE						PUESTO		
FIRMA					SELLO DE LA INSTITUCIÓN			

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 DEL ACOMPAÑANTE

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 _____ LUGAR _____ DIA _____ MES _____ AÑO _____

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