




Nombre o Razón Social de la Empresa o Contratante	Póliza	Subgrupo	Categoría
---	--------	----------	-----------

**DATOS DEL ASEGURADO AFECTADO**

Nombre Completo	Número de Asegurado
-----------------	---------------------

Lugar de Nacimiento	Fecha de nacimiento	Ocupación (Describe la última)
---------------------	---------------------	--------------------------------

Domicilio: Calle Número y Colonia	Ciudad y Municipio o Delegación	Estado y Código Postal
-----------------------------------	---------------------------------	------------------------

Describe la causa del padecimiento. Si es accidente, describa cómo y donde ocurrió.	Fecha del Accidente o de los primeros síntomas dd/mm/aaaa
---	---

<u>Cobertura que Reclama:</u>	<u>Suma Asegurada:</u>	Escala <input type="radio"/>
<input type="radio"/> Muerte Accidental <input type="radio"/> Pérdidas Orgánicas <input type="radio"/> Cobertura por invalidez <input type="radio"/> Gastos de Traslado <input type="radio"/> Reembolso de Gastos Médicos por Accidente	_____ _____ _____ _____	

**DOCUMENTOS QUE SE ANEXAN:**

<input type="checkbox"/> Dictamen de invalidez oficial (ST-4 del IMSS o equivalente).	<input type="checkbox"/> Estudios de laboratorio y radiografías
<input type="checkbox"/> Acta de nacimiento del Asegurado. Copia certificada.	<input type="checkbox"/> Comprobante de domicilio de fecha reciente de cada beneficiario (Recibo de luz. Agua, predial o teléfono), presentar original para validar la copia.
<input type="checkbox"/> Identificación Oficial del Asegurado. Copia simple.	<input type="checkbox"/> Actuaciones del Ministerio Público
<input type="checkbox"/> Expdte. médico: Rx, pruebas de laboratorio y gabinete inf. médico	

Otros (detallar) :

1. Nombre (s) del Beneficiario	Apellido Paterno	Apellido Materno	Edad	Parentesco
Domicilio	Ciudad	CP	Teléfono (clave lada)	

Autorizo a la Aseguradora para que en caso de proceder el pago de la indemnización, se deposite en la Cuenta a mi nombre de:

Banco y Núm. de Sucursal (solo moneda nacional)	CLABE Interbancaria	Firma de autorización
---	---------------------	-----------------------

Lugar y fecha

Firma de Conformidad

2. Nombre (s) del Beneficiario	Apellido Paterno	Apellido Materno	Edad	Parentesco
Domicilio	Ciudad	CP	Teléfono (clave lada)	

Autorizo a la Aseguradora para que en caso de proceder el pago de la indemnización, se deposite en la Cuenta a mi nombre de:

Banco y Núm. de Sucursal (solo moneda nacional)	CLABE Interbancaria	Firma de autorización
---	---------------------	-----------------------

Lugar y fecha

Firma de Conformidad

Nota: El beneficiario contará con 30 días naturales posteriores a la fecha del depósito para efectuar cualquier reclamación, siempre y cuando no haya dispuesto de el en forma parcial o total.

FINIQUITO. Mediante el depósito efectuado a mi cuenta Bancaria por mi instrucción, doy por pagado el beneficio que me corresponde originado por el contrato señalado, otorgando el más amplio finiquito que en derecho proceda, no reservándome acción ni derecho alguno que ejercitar en contra de Tokio Marine Compañía de Seguros, S.A. de C.V y/o de las personas físicas y morales relacionadas con la misma.



Informe Médico  
Beneficios Adicionales

Folio

Sección 2

Informe del Médico

Nombre del Asegurado

Fecha de la Primera Consulta

día mes año

En caso de que el paciente le haya sido referido por otro Médico, favor de proporcionarnos los siguientes datos:

Nombre del Médico

Teléfono

Domicilio: Calle y Número

Colonia y Delegación o Municipio

Ciudad, Estado y C.P.

Cuál fue el motivo de la atención

Cuál fue la causa que provocó la invalidez o pérdida orgánica

Cuáles fueron los procedimientos realizados

Mencione otras causas y/o complicaciones que influyeron en el padecimiento

Como Médico tratante de la persona en referencia, autorizo a los Hospitales donde haya sido atendida, para que otorguen a Tokio Marine Compañía de Seguros, S.A. de C.V., todos los informes que se refieran a su salud, sobre este padecimiento e incluso anteriores, relevando del secreto profesional a las Instituciones y personas involucradas.

Nombre del Médico

Teléfono

Domicilio: Calle y Número

Colonia y Delegación o Municipio

Ciudad, Estado y C.P.

Cédula Profesional

Reg. Fed. De Causantes

Clave Tokio Marine Compañía de Seguros, S.A. de C.V.

Lugar y Fecha de la Firma

Firma del Médico



TOKIOMARINE

Le agradeceremos revisar a detalle nuestro Aviso de Privacidad a través de la siguiente dirección web <http://www.tokiomarine.com.mx/>

Declaro que he leído el Aviso de Privacidad Tokio Marine Compañía de Seguros, S. A. de C.V. y consiento con el tratamiento de mis datos personales.

\_\_\_\_\_  
Nombre y firma

\_\_\_\_\_  
Fecha