



Es indispensable para la atención médica con pago directo y/o reembolso la presentación de este formato completamente requisitado.

No. Póliza Contratante
Fecha del reporte (dd/mm/aaaa) Hora del reporte hora/minutos

DATOS DEL ASEGURADO AFECTADO

Nombre(s) Apellido paterno Apellido materno
Edad Fecha de nacimiento (dd/mm/aaaa) Género M ☐ F ☐
Nombre del padre o madre (si es menor de edad)
Teléfono de contacto Correo electrónico
País Nacionalidad
Calle y Núm. ext. Núm. int. Colonia
Estado Alcaldía o Municipio C.P.
CURP

DATOS DEL ACOMPAÑANTE EN CASO DE SER MENOR DE EDAD O ESTAR EN ESTADO DE INCONCIENCIA

Nombre Relación con el asegurado
Teléfono móvil Correo electrónico Firma

DESCRIPCIÓN DEL ACCIDENTE

Fecha y Hora del Accidente Lugar

Expliqué detalladamente como ocurrió el accidente

Describe el tipo de lesión y la zona del cuerpo afectada.

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 INSTITUCIÓN/EMPRESA

Nombre completo del responsable
Puesto Teléfono Correo electrónico
Firma Sello de la institución  **Integra Salud** INTEGRAL SALUD Y SERVICIOS MEDICOS SA DE CV

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 hayan 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.

Lugar y fecha (dd/mm/aaaa)

Nombre y firma del asegurado afectado