

Declaración del reclamante (invalidez)

 Reclamación inicial por accidente

 Reclamación inicial por incapacidad
Parte A-. (llenar en su totalidad) Favor de escribir con letra de molde

1. Nombre completo

Apellido paterno _____ Apellido materno _____ Nombre(s) _____

2. Número de póliza _____ 3. Edad _____ años

4. Estatura _____ mts. 5. Peso _____ kgs.

6. Domicilio particular

Calle _____ Número exterior _____ Número interior _____

Colonia _____ Población _____

Alcaldía o Municipio _____ Estado _____ Código postal _____ País _____

7. Dirección comercial

Calle _____ Número exterior _____ Número interior _____

Colonia _____ Población _____

Alcaldía o Municipio _____ Estado _____ Código postal _____ País _____

8. Naturaleza del negocio

a) Ocupación _____

b) Describe tus obligaciones habituales

9. Fecha y hora del accidente (o del principio de la incapacidad)

 _____ | _____ | _____ horas
 Año Mes Día a las

 10. ¿En qué fecha dejaste de desempeñar los deberes propios de tu ocupación? _____
 Año Mes Día

11. ¿Has desempeñado algún trabajo desde que empezó la incapacidad? de ser así, favor de detallar.

 12. Hospitalizado Sí No Fecha de entrada _____ Fecha de salida _____
 Año Mes Día Año Mes Día

13. Has permanecido en casa desde: Desde Hasta
Año Mes Día Año Mes Día

14. ¿Cuándo esperas regresar a tu trabajo?
Año Mes Día

15. Da el nombre y la dirección de cada médico consultado por ti con motivo de la presente incapacidad, así como las fechas de consulta.

Apellido paterno Apellido materno Nombre(s)

Calle Número exterior Número interior

Colonia Alcaldía Año Mes Día

Apellido paterno Apellido materno Nombre(s)

Calle Número exterior Número interior

Colonia Alcaldía Año Mes Día

Apellido paterno Apellido materno Nombre(s)

Calle Número exterior Número interior

Colonia Alcaldía Año Mes Día

16. ¿Qué otros seguros de vida, enfermedad o accidente tienes, que contengan beneficios de incapacidad?

Nombre de la compañía

Calle Número exterior Número interior

Colonia Alcaldía Estado

Cantidad de indemnización semanal

Nombre de la compañía

Calle Número exterior Número interior

Colonia Alcaldía Estado

Cantidad de indemnización semanal

Nombre de la compañía

Calle Número exterior Número interior

Colonia Alcaldía Estado

Cantidad de indemnización semanal

Parte B.- (llenar para reclamación de accidente solamente)

1. ¿Qué lesiones corporales declaras que fueron causadas por el accidente?

2. ¿Dónde y cómo ocurrió el accidente?

3. Si se reclama incapacidad parcial, declara cuáles fueron los deberes propios de tu ocupación que no te fue posible desarrollar durante todo el periodo de incapacidad parcial.

4. ¿Estabas de vacaciones o sin empleo durante cualquier periodo de incapacidad?

Sí No

5. Si la incapacidad resultante del accidente ha terminado ¿es por lo tanto ésta tu reclamación total?

Sí No

6. ¿Cuánto tiempo estuviste totalmente incapacitado?

Desde el día

Año	Mes	Día

 hasta el día

Año	Mes	Día

Parte C.- (llenar para reclamación de incapacidad solamente)

1. Describe con detalles tu condición física actual

2. ¿Ha sufrido algún miembro de tu familia un padecimiento similar? Sí No

3. ¿Has consultado a algún médico durante los últimos tres años por razones que no sean de tu condición actual? De ser así, explica la razón, fecha, nombre y dirección.

Fecha

Año	Mes	Día

Nombre del médico

Apellido paterno

--

 Apellido materno

--

 Nombre(s)

--

Calle

--

 Número exterior

--

 Número interior

--

Colonia

--

 Alcaldía

--

 Teléfono

--

Nombre del testigo

Apellido paterno

--

 Apellido materno

--

 Nombre(s)

--

Calle

--

 Número exterior

--

 Número interior

--

Colonia

--

 Alcaldía

--

 Teléfono

--

Firmado en _____
Año Mes Día

(En caso de imposibilidad de firmar, poner huella digital del pulgar derecho o del izquierdo)

Firma

Huella digital