MAPFRE | TEPEYAC MÉXICO

Aviso de Accidentes

Número de Póliza _____

Nombre de la Insititución _____

Formato para la reclamación de gastos médicos por accidentes
3 Puntos importantes:

1. La sección I, debe ser llenada por el responsable de la Institución a la que pertenece el afectado que haya sufrido algún accidente dentro de las instalaciones, con esto, el responsable acreditará al afectado como parte de la póliza que arriba se señala, así como validará los datos de ocurrencia del evento.

2. Es indispensable para la atención médica con pago directo la presentación de este formato completamente requisitado -Sección I -.

3. La Sección II - reverso - será información que porporcione el médico que atendió al asegurado.

Sección I

a) Datos del afectado

Nombre del afectado _____ **Edad** _____

Nombre de Padre o Madre
(Si el Afectado es menor de edad) _____

_____

Número de Afiliación de Federación Mexicana de Fútbol _____

Domicilio _____

_____

Teléfono particular

b) Datos del accidente

Lugar donde ocurrió el evento _____ **Fecha** _____
día mes año

Hora _____

Descripción detallada del accidente _____

c) Datos de la Asociación

Nombre del Presidente _____ **Sello de la federación de Fútbol**

Nombre del Arbitro _____

Cédula Arbitral _____

Firma del Afectado _____ **Teléfono** _____

Se autoriza a MAPFRE Tepeyac SA para recabar historia clínica, consultas, prescripciones, tratamientos, radiografías, esto, de cualquier hospital, médico o de cualquier persona que haya examinado al asegurado con relación a cualquier enfermedad o lesión que haya sufrido.

Fechado en: M E X I C O D. F. el del .