

Accidentes Personales

En caso de ocurrir alguna eventualidad ponemos a su disposición esta guía para recibir atención médica y presentar su reclamación:

En caso de Accidente.

1. Se debe llamar a nuestro Call Center al tel: 800 400 9911 (disponible las 24 horas del día, los 365 días del año), solicitando la atención por accidente, indicando:

- Nombre completo de la persona asegurada.
- Número de póliza.
- Teléfono móvil de contacto.

El Call Center verificará la póliza y, si procede, se le dará la siguiente información al asegurado:

- Un número de reporte (es importante guardarlo).
- Información del hospital o clínica de nuestra red más cercano al lugar del accidente, al cual deberá dirigirse para que se le brinde atención médica.
- El monto del deducible que el asegurado deberá cubrir en el hospital (en caso de que aplique).
- En el hospital se deberán presentar los siguientes documentos:
 - Aviso de accidente para entregar en el hospital, totalmente llenado, firmado y/o sellado conforme lo especifique su póliza.
 - Identificación oficial vigente con fotografía del asegurado afectado; si es menor de edad deberá presentar cualquier identificación vigente con fotografía y la identificación oficial vigente con fotografía del padre o tutor.
 - Documentación que acredite la pertenencia a la colectividad (en caso de que su póliza lo precise).

3. Thona Seguros realizará el pago directo al hospital, por los montos y conceptos amparados, por lo que el asegurado solo deberá cubrir: el deducible (en caso de que aplique) y los gastos personales no cubiertos durante su estancia en el hospital y los no relacionados al accidente amparado.

Si el asegurado prefiere ser atendido por su propia cuenta, podrá solicitar, posterior a la atención médica, el reembolso de gastos médicos que se deriven del accidente, para lo cual debe enviar al área de Atención a Clientes de THONA, a través de su representante de ventas, la siguiente documentación dependiendo de la cobertura reclamada:

THONA Seguros, S.A. de C.V., se reserva el derecho de solicitar cualquier tipo de información adicional a la que se menciona en este documento, que considere necesaria para la valoración de la reclamación de acuerdo con lo dispuesto en el artículo 69 de la Ley Sobre el Contrato de Seguros.

Documentos por cobertura que debe presentar el asegurado para su proceso de reclamación

DOCUMENTACIÓN CORRESPONDIENTE PARA CADA TIPO DE COBERTURA.
(Las coberturas contratadas figuran en la carátula de su póliza).

| | Gastos médicos por accidente (pago directo) | Gastos médicos por accidente (reembolso) | Muerte por accidente o gastos funerarios por accidente | Pérdida orgánica en accidente | Renta diaria por hospitalización por accidente | Invalidez total y permanente o incapacidad temporal por accidente |
|--|---|--|--|-------------------------------|--|---|
| Formato de reclamación de siniestros de accidentes personales. | | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ |
| Aviso de accidente. | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ |
| Informe del médico tratante. | ✓ | ✓ | | ✓ | ✓ | ✓ |
| Documento en el que se acredite la pertenencia a la colectividad pudiendo ser: copia del recibo de nómina, carta emitida por el contratante, copia de tarjeta o credencial de afiliación, entre otros. | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ |
| Comprobantes originales de gastos con requisitos fiscales emitidos a nombre del asegurado o padre o tutor en caso de ser menor en formato xml y pdf. | | ✓ | | ✓ | ✓ | |
| Desglose de gastos en caso de que no se detallan en las facturas. | | ✓ | | ✓ | ✓ | |
| Interpretación médica de los estudios practicados. | | ✓ | | ✓ | ✓ | ✓ |
| Copia de la identificación oficial del asegurado, en el caso de un menor de edad identificación con fotografía expedida por la escuela o alguna institución gubernamental (*). | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ |
| Copia de identificación oficial del padre o tutor que reclama el pago en caso de que el asegurado sea menor (*). | ✓ | ✓ | | ✓ | ✓ | ✓ |
| Copia del comprobante de domicilio reciente con antigüedad no mayor a 3 meses (servicio telefónico, luz, agua, predial) (*). | | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ |
| Copia del encabezado del estado de cuenta bancario en donde sea visible la cuenta CLABE, nombre del banco y nombre del titular de la cuenta (*). | | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ |
| Copia certificada de las actuaciones del ministerio público, si en el accidente intervino alguna autoridad judicial (averiguaciones previas, identificación y levantamiento del cadáver, necropsia o dispensa, resultado de los estudios químico toxicológicos y de alcoholemia, fotografías, parte de tránsito en caso de accidente en carretera y conclusiones) (*). | | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ |

IMPORTANTE

Los formatos de reclamación se encuentran disponibles en la página de Thona: www.thonaseguros.mx en la sección: *Tuve un siniestro*.

(*): Todo documento que sea entregado en copia simple, deberá de incluir la siguiente leyenda: "se hace constar que la presente copia coincide con el original que se tuvo a la vista": Nombre completo sin abreviatura, firma (si la firma es su nombre, deberá escribirlo dos veces), fecha.

Accidentes Personales

En caso de ocurrir alguna eventualidad ponemos a su disposición esta guía para recibir atención médica y presentar su reclamación:

En caso de Accidente.

1. Se debe llamar a nuestro Call Center al tel: 800 400 9911 (disponible las 24 horas del día, los 365 días del año), solicitando la atención por Accidente, indicando:

- Nombre completo de la persona Asegurada.
- Número de Póliza.
- Teléfono móvil de contacto.

El Call Center verificará la póliza y, si procede, se le dará la siguiente información al Asegurado:

- Un Número de Reporte (es importante guardarlo).
- Información del Hospital de nuestra red más cercano al lugar del accidente, al cual deberá dirigirse para que se le brinde atención médica.
- El monto del deducible que el Asegurado deberá cubrir en el hospital (en caso de que aplique).
- En el hospital se deberán presentar los siguientes documentos:
 - Aviso de Accidente para entregar en el hospital, totalmente llenado, firmado y/o sellado conforme lo especifique su póliza.
 - Identificación oficial vigente con fotografía del Asegurado afectado; si es menor de edad deberá presentar cualquier identificación vigente con fotografía y la identificación oficial vigente con fotografía del padre o tutor.
 - Documentación que acredite la pertenencia a la colectividad (en caso de que su póliza lo precise).

3. Thona Seguros realizará el Pago Directo al hospital, por los montos y conceptos amparados, por lo que el Asegurado solo deberá cubrir: el Deducible (en caso de que aplique) y los gastos personales no cubiertos durante su estancia en el hospital y los no relacionados al accidente amparado.

Si el asegurado prefiere ser atendido por su propia cuenta, podrá solicitar, posterior a la atención médica, el reembolso de Gastos Médicos que se deriven del accidente, para lo cual debe enviar al área de Atención a Clientes de THONA, a través de su representante de ventas, la siguiente documentación dependiendo de la cobertura reclamada:

THONA Seguros, S.A. de C.V., se reserva el derecho de solicitar cualquier tipo de información adicional a la que se menciona en este documento, que considere necesaria para la valoración de la reclamación de acuerdo con lo dispuesto en el artículo 69 de la Ley Sobre el Contrato de Seguros.

Documentos por Cobertura que debe presentar el Asegurado para su proceso de reclamación

DOCUMENTACIÓN CORRESPONDIENTE PARA CADA TIPO DE COBERTURA.
(Las coberturas contratadas figuran en la carátula de su póliza).

| | | | |
|--|-------------------------------|--|---|
| Muerte por accidente o gastos funerarios por accidente | Pérdida orgánica en accidente | Renta diaria por hospitalización por accidente | Invalidez total y permanente o Incapacidad temporal por accidente |
|--|-------------------------------|--|---|

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| Original o copia certificada del acta de nacimiento del asegurado. | ✓ | | | |
| Original o copia certificada del acta de defunción. | ✓ | | | |
| Copia certificada del acta nacimiento de (los) beneficiario(s). | ✓ | | | |
| Copia de la identificación oficial del beneficiario (*). | ✓ | | | |
| En caso de que el beneficiario sea la esposa/o o concubina/o se requiere original o copia certificada del acta de matrimonio actualizada o acreditación de concubinato ante autoridad judicial. | ✓ | | | |
| Designación de beneficiarios firmada por el asegurado y avalada por el contratante como la última que obra en sus archivos. | ✓ | | | |
| Expediente médico completo que incluya radiografías o estudios realizados con la interpretación que respalden la pérdida orgánica. | | ✓ | | |
| Constancia de hospitalización misma que aplica tanto para hospital público como privado, la cual incluya: (*). <ul style="list-style-type: none"> Nombre del paciente. Fecha de ingreso. Fecha de egreso. Motivo de la hospitalización. | | | ✓ | |
| Original o copia certificada de la historia clínica del asegurado. | | | | ✓ |
| Original o copia certificada del dictamen médico de una institución de salud pública, como: dictamen médico expedido por el IMSS o ISSSTE o por un médico certificado por el Consejo de Medicina del Trabajo. | | | | ✓ |
| Copia de las incapacidades médicas otorgadas por la institución médica que corresponda. | | | | ✓ |

IMPORTANTE

Los formatos de reclamación se encuentran disponibles en la página de Thona: www.thonaseguros.mx en la sección: *Tuve un siniestro*.

(*): Todo documento que sea entregado en copia simple, deberá de incluir la siguiente leyenda: "se hace constar que la presente copia coincide con el original que se tuvo a la vista": Nombre completo sin abreviatura, firma (si la firma es su nombre, deberá escribirlo dos veces), fecha.