

## FORMATO DE AVISO DE ACCIDENTE O ENFERMEDAD

### INSTRUCCIONES:

- ESTE CUESTIONARIO DEBERÁ SER LLENADO Y FIRMADO POR EL ASEGURADO CON LETRA DE MOLDE.
- ES NECESARIO LLENAR LA FORMA EN SU TOTALIDAD Y DAR INFORMACIÓN COMPLETA Y DETALLADA.
- POR EL HECHO DE PROPORCIONAR ESTE FORMULARIO, LA INSTITUCIÓN NO QUEDA OBLIGADA A ADMITIR LA VALIDEZ DE LA RECLAMACIÓN NI A RENUNCIAR A LOS DERECHOS QUE SE RESERVAN CONFORME A LA PÓLIZA
- ESTE DOCUMENTO NO SERÁ VÁLIDO CON TACHADURAS, ENMENDADURAS Y DE LO DECLARADO NO SE ACEPTAN CAMBIOS POSTERIORES.

#### MOTIVO DE LA RECLAMACIÓN

- REEMBOLSO       PROGRAMACIÓN DE CIRUGÍA-TRATAMIENTO       PAGO - DIRECTO  
 ACCIDENTE       EMBARAZO       ENFERMEDAD

#### TIPO DE RECLAMACIÓN

- ACCIDENTE       EMBARAZO       ENFERMEDAD

NOMBRE O RAZÓN SOCIAL DEL CONTRATANTE		NO. PÓLIZA			
APELLIDO PATERNO, MATERNO Y NOMBRE DEL ASEGURADO TITULAR		R.F.C. O CURP			
APELLIDO PATERNO, MATERNO Y NOMBRE DEL ASEGURADO AFECTADO		R.F.C. O CURP			
NO. CERTIFICADO DEL AFECTADO	FECHA DE ALTA	DÍA	MES	AÑO	NACIONALIDAD
FECHA DE NACIMIENTO	SEXO	PARENTESCO CON EL TITULAR	CORREO ELECTRÓNICO		TELÉFONO DE CONTACTO
DÍA	MES	AÑO			CLAVE LADA ( )
DOMICILIO / CALLE		NO. EXTERIOR	NO. INTERIOR	COLONIA	
C.P.	ESTADO	DELEGACION	OCUPACIÓN o PROFESIÓN	LUGAR DONDE TRABAJA / EMPRESA	GIRO DE LA EMPRESA

¿HA PRESENTADO GASTOS ANTERIORES POR ESTE PADECIMIENTO O ACCIDENTE EN ESTA U OTRA COMPAÑÍA?  SI  NO      SI SU RESPUESTA FUE AFIRMATIVA INDIQUE No DE SINISTRO

COMPañIA \_\_\_\_\_ FECHA DE ALTA      DÍA      MES      AÑO

¿ACTUALMENTE TIENE OTRO SEGURO  SI  NO      COMPAÑIA \_\_\_\_\_

TIPO DE RECLAMACIÓN:  INICIAL  COMPLEMENTARIA      INDIQUE TIPO DE ALTERACIONES Y /O SÍNTOMAS QUE PRESENTÓ \_\_\_\_\_

FECHA EN QUE OCURRIÓ EL ACCIDENTE O APARICIÓN DE LOS PRIMEROS SÍNTOMAS DE LA ENFERMEDAD

DÍA      MES      AÑO

FECHA EN QUE VISITO POR PRIMERA VEZ AL MÉDICO POR ESTA ENFERMEDAD

DÍA      MES      AÑO

INDIQUE EL DIAGNÓSTICO MOTIVO DE SU RECLAMACIÓN \_\_\_\_\_

SI ES ACCIDENTE DETÁLLESE. ¿CÓMO Y DÓNDE FUE? \_\_\_\_\_

AUTORIDAD QUE TOMÓ CONOCIMIENTO DEL ACCIDENTE (ANEXAR COPIAS EL MINISTERIO PÚBLICO) \_\_\_\_\_

EN CASO DE ACCIDENTE AUTOMOCILÍSTICO ¿ CUENTA CON SEGURO DE AUTOMÓVIL?  SI  NO      NOMBRE DE LA COMPAÑIA \_\_\_\_\_

COBERTURA \_\_\_\_\_ SUMA ASEGURADA \_\_\_\_\_ NO DE PÓLIZA \_\_\_\_\_ COMPAÑIA DEL TERCERO \_\_\_\_\_

HOSPITAL EN QUE FUE ATENDIDO \_\_\_\_\_ ESTUVO HOSPITALIZADO  SI  NO \_\_\_\_\_ DÍAS DE ESTANCIA \_\_\_\_\_

¿ QUÉ ESTUDIOS SE REALIZARON PARA EL DIAGNÓSTICO Y /O TRATAMIENTO? \_\_\_\_\_

NOMBRE DEL MÉDICO TRATANTE \_\_\_\_\_ ESPECIALIDAD \_\_\_\_\_

DIRECCIÓN \_\_\_\_\_ TEL Y / O E-MAIL \_\_\_\_\_

¿ MÉDICOS QUE HA CONSULTADO EN LOS ÚLTIMOS DOS AÑOS? \_\_\_\_\_ CAUSA Y FECHA \_\_\_\_\_ DÍA      MES      AÑO

TEL Y / O E-MAIL \_\_\_\_\_

#### DOCUMENTOS A PRESENTAR

- COPIA DE LA ACTUACIÓN DEL MINISTERIO PÚBLICO O ATENCIÓN RECIBIDA DE LA INSTITUCIÓN (EN CASO DE ACCIDENTE)
- INTERPRETACIÓN DE ESTUDIOS RADIOLÓGICOS O DE GABINETE.
- COPIA DE IDENTIFICACIÓN OFICIAL DEL ASEGURADO AFECTADO (IFE, PASAPORTE Y EN CASO DE MENORES DE 5 AÑOS ACTA DE NACIMIENTO).
- RECIBOS DE GASTOS QUE CUENTEN CON LOS REQUISITOS FISCALES (QUEDARÁN SIN VALIDEZ COPIAS, RECIBOS PROVISIONALES, ESTADOS DE CUENTA, ETC.
- POR CADA MÉDICO TRATANTE SE DEBERÁ LLENAR LOS INFORMES MÉDICOS CORRESPONDIENTES Y SU PARTICIPACIÓN EN EL EVENTO.

#### NOTAS

SE LES INFORMA QUE LA INEXACTA O FALSA DECLARACIÓN PROPORCIONADA EN EL SIGUIENTE CUESTIONARIO, RELEVA DE TODA RESPONSABILIDAD A LA INSTITUCIÓN

AUTORIZO A LOS MÉDICOS QUE ME HAYAN ASISTIDO O EXAMINANDO, A LOS HOSPITALES, SANATORIOS Y CLÍNICAS A LOS QUE HAYA INGRESADO PARA ESTUDIO, DIAGNÓSTICO O TRATAMIENTO DE CUALQUIER ENFERMEDAD O LESIÓN PARA QUE PROPORCIONEN TODA LA INFORMACIÓN QUE SE REQUIERA TALES COMO RESULTADOS DE ESTUDIOS DE LABORATORIO Y GABINETE, HISTORIA CLÍNICA COMPLETA, INDICACIONES MÉDICAS Y TODO AQUELLO QUE PUEDA SER ÚTIL PARA LA EVALUACIÓN CORRECTA DE MI RECLAMACIÓN, EN RELACIÓN A LO ANTERIOR RELIEVO DE CUALQUIER RESPONSABILIDAD Y DEL SECRETO MÉDICO A LAS PERSONAS RESPONSABLES DE PROPORCIONAR LA INFORMACIÓN, ASÍ MISMO AUTORIZO A LAS COMPAÑÍAS DE SEGUROS A LAS QUE PREVIAMENTE HE SOLICITADO PÓLIZAS PARA QUE PROPORCIONEN LA INFORMACIÓN DE SU CONOCIMIENTO PARA LA CORRECTA EVALUACIÓN DE MI RECLAMACIÓN.

\_\_\_\_\_  
NOMBRE Y FIRMA DEL TITULAR

\_\_\_\_\_  
NOMBRE Y FIRMA DEL AFECTADO

FECHA      DÍA      MES      AÑO      LUGAR \_\_\_\_\_