

FORMATO DE AVISO DE ACCIDENTE O ENFERMEDAD



Seguros Atlas

"La Empresa a la Medida"®

Seguros Atlas, S.A. Paseo de los Tamarindos No. 60, Col. Bosques de las Lomas, 05120 México, D.F.
Tel.: (55) 9177-5000 Fax: 9177-5110 www.segurosatlas.com.mx segatlas@segurosatlas.com.mx

INSTRUCCIONES:

- 1.- Este cuestionario deberá ser llenado y firmado por el asegurado con letra de molde.
- 2.- Es necesario llenar la forma en su totalidad y dar información completa.
- 3.- 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 reserva conforme a la póliza.
- 4.- Este documento no será válido con tachaduras, enmendaduras y de lo declarado no se aceptan cambios posteriores.

MOTIVO DE LA RECLAMACION

Reembolso Programación de Cirugía-Tratamiento Pago Directo

TIPO DE RECLAMACION

Accidente Embarazo Enfermedad

NOMBRE O RAZON SOCIAL DEL CONTRATANTE _____		No. DE POLIZA _____	
APELLIDO PATERNO, MATERNO Y NOMBRE DEL ASEGURADO TITULAR _____		R.F.C. O C.U.R.P. _____	
APELLIDO PATERNO, MATERNO Y NOMBRE DEL ASEGURADO AFECTADO _____		R.F.C. O C.U.R.P. _____	
No. CERTIFICADO DEL AFECTADO _____		FECHA DE ALTA	NACIONALIDAD _____
FECHA DE NACIMIENTO	SEXO	PARENTESCO CON EL TITULAR	CORREO ELECTRONICO
TELÉFONO DE CONTACTO	CLAVE LADA ()		
DOMICILIO / CALLE		NO. EXTERIOR	NO. INTERIOR
		COLONIA	
C.P.	ESTADO	DELEGACION	OCUPACION O PROFESION
		LUGAR DONDE TRABAJA/EMPRESA	GIRO DE LA EMPRESA
¿HA PRESENTADO GASTOS ANTERIORES POR ESTE PADECIMIENTO O ACCIDENTE EN ESTA U OTRA COMPAÑÍA? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO SI SU RESPUESTA FUE AFIRMATIVA INDIQUE No. DE SINIESTRO _____			
COMPAÑÍA _____		FECHA DE ALTA	
¿ACTUALMENTE TIENE OTRO SEGURO? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO		COMPAÑÍA _____	
TIPO DE RECLAMACION: <input type="checkbox"/> INICIAL <input type="checkbox"/> COMPLEMENTARIA		INDIQUE TIPO DE ALTERACIONES Y/O SINTOMAS QUE PRESENTO _____	
FECHA EN QUE OCURRIÓ EL ACCIDENTE O APARICIÓN DE LOS PRIMEROS SINTOMAS DE LA ENFERMEDAD		_____	
_____		_____	
FECHA EN QUE VISITO POR PRIMERA VEZ AL MEDICO POR ESTA ENFERMEDAD		_____	
_____		_____	
INDIQUE EL DIAGNOSTICO MOTIVO DE SU RECLAMACION _____			
SI ES ACCIDENTE DETALLESE, ¿COMO Y DONDE FUE? _____			
AUTORIDAD QUE TOMO CONOCIMIENTO DEL ACCIDENTE (ANEXAR COPIAS DEL MINISTERIO PUBLICO) _____			
EN CASO DE ACCIDENTE AUTOMOVILISTICO ¿CUENTA CON SEGURO DE AUTOMOVIL? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO NOMBRE DE LA COMPAÑÍA _____			
COBERTURA _____	SUMA ASEGURADA _____	No. DE POLIZA _____	COMPAÑÍA DEL TERCERO _____
HOSPITAL EN QUE FUE ATENDIDO _____		ESTUVO HOSPITALIZADO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO DIAS DE ESTANCIA _____	
¿QUE ESTUDIOS SE LE REALIZARON PARA EL DIAGNOSTICO Y/O TRATAMIENTO? _____			
NOMBRE DEL MEDICO TRATANTE _____		ESPECIALIDAD _____	
DIRECCION _____		TEL. Y/O E-MAIL _____	
¿MEDICOS QUE HA CONSULTADO EN LOS ULTIMOS DOS AÑOS? _____		CAUSA Y FECHA _____	
_____		TEL. Y/O E-MAIL _____	
<p>DOCUMENTOS A PRESENTAR:</p> <p>1.- COPIA DE LA ACTUACION DEL MINISTERIO PUBLICO O ATENCION RECIBIDA DE LA INSTITUCION (EN CASO DE ACCIDENTE).</p> <p>2.- INTERPRETACION DE ESTUDIOS RADIOLOGICOS O DE GABINETE.</p> <p>3.- COPIA DE IDENTIFICACION OFICIAL DEL ASEGURADO AFECTADO (IFE, PASAPORTE Y EN CASO DE MENORES DE 5 AÑOS ACTA DE NACIMIENTO).</p> <p>4.- RECIBOS DE GASTOS QUE CUENTEN CON LOS REQUISITOS FISCALES (QUEDARAN SIN VALIDEZ, COPIAS, RECIBOS PROVISIONALES, ESTADOS DE CUENTA, ETC.)</p> <p>5.- POR CADA MEDICO TRATANTE SE DEBERAN LLENAR LOS INFORMES MEDIOS CORRESPONDIENTES Y SU PARTICIPACION EN EL EVENTO.</p>			
<p>NOTAS:</p> <p>SE LE INFORMA QUE LA INEXACTA O FALSA DECLARACION PROPORCIONADA EN EL PRESENTE CUESTIONARIO, RELEVA DE TODA RESPONSABILIDAD A LA INSTITUCION.</p> <p>AUTORIZO A LOS MÉDICOS QUE ME HAYAN ASISTIDO O EXAMINADO, A LOS HOSPITALES, CLÍNICAS, SANATORIOS, LABORATORIOS, ESTABLECIMIENTOS DE SALUD, A LOS QUE HAYA ACUDIDO PARA TRATAMIENTO Y/O DIAGNÓSTICO DE CUALQUIER ENFERMEDAD, ACCIDENTE, O LESIÓN, A LAS AUTORIDADES JUDICIALES O ADMINISTRATIVAS QUE HAYAN TENIDO CONOCIMIENTO DE MI CASO PARA QUE PROPORCIONEN A SEGUROS ATLAS, S.A., AÚN CUANDO NO EXISTA UNA ORDEN JUDICIAL O ADMINISTRATIVA TODA LA INFORMACIÓN REFERENTE A MIS ANTECEDENTES PERSONALES PATOLÓGICOS, HISTORIAL CLÍNICO, INDICACIONES MÉDICAS, RESULTADOS DE ESTUDIOS DE LABORATORIO Y GABINETE Y CUALQUIER INFORMACIÓN CONTENIDA EN MI EXPEDIENTE CLÍNICO, MISMA QUE PODRÁ SER REQUERIDA EN CUALQUIER MOMENTO QUE SEGUROS ATLAS, S.A. LO CONSIDERE OPORTUNO PARA LA CORRECTA EVALUACIÓN DE MI RECLAMACIÓN, INCLUSIVE DESPUÉS DE MI FALLECIMIENTO. CON LA PRESENTE AUTORIZACIÓN RELEVO DE CUALQUIER RESPONSABILIDAD DERIVADA DEL SECRETO MÉDICO A LAS PERSONAS RESPONSABLES DE PROPORCIONAR LA INFORMACIÓN REQUERIDA, ASIMISMO AUTORIZO A LAS COMPAÑÍAS DE SEGUROS A LAS QUE PREVIAMENTE HE SOLICITADO LA CELEBRACIÓN DE CUALQUIER CONTRATO O SOLICITUD DE SEGUROS PARA QUE PROPORCIONEN A SEGUROS ATLAS, S.A. LA INFORMACIÓN DE SU CONOCIMIENTO Y QUE A SU VEZ SEGUROS ATLAS, S.A. 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.</p>			
_____		_____	
NOMBRE Y FIRMA DEL TITULAR		NOMBRE Y FIRMA DEL AFECTADO	
FECHA		LUGAR	
_____	_____	_____	_____