

FORMATO DE AVISO DE ACCIDENTE O ENFERMEDAD

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 Y DETALLADA.
- 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 RECLAMACIÓN

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

NOMBRE O RAZÓN SOCIAL DEL CONTRATANTE _____	NO. DE PÓLIZA _____
APELLIDO PATERNO, MATERNO Y NOMBRE DEL ASEGURADO TITULAR _____	R.F.C. C.U.R.P. _____
APELLIDO PATERNO, MATERNO Y NOMBRE DEL ASEGURADO AFECTADO _____	R.F.C. C.U.R.P. _____

NO. CERTIFICADO DEL AFECTADO _____ FECHA DE ALTA _____ DIA _____ MES _____ AÑO _____ NACIONALIDAD _____

FECHA DE NACIMIENTO _____ SEXO _____ PARENTESCO CON EL TITULAR _____ CORREO ELECTRÓNICO _____ TELÉFONO DE CONTACTO _____
 (OPCIONAL) CLAVE LADA () _____

DOMICILIO / CALLE _____ NO. EXTERIOR _____ NO. INTERIOR _____ COLONIA _____

C.P. _____ ESTADO _____ DELEGACIÓN _____ 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 SINIESTRO _____

COMPañÍA _____ FECHA DE ALTA _____ DIA _____ MES _____ AÑO _____

¿ACTUALMENTE TIENE OTRO SEGURO? SI NO COMPAÑÍA _____

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 _____

_____ DIA _____ MES _____ AÑO _____

FECHA EN QUE VISITÓ POR PRIMERA VEZ AL MÉDICO POR ESTA ENFERMEDAD _____

_____ DIA _____ 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 DEL MINISTERIO PÚBLICO) _____

EN CASO DE ACCIDENTE AUTOMOVILÍSTICO ¿CUENTA CON SEGURO DE AUTOMÓVIL? SI NO NOMBRE DE LA COMPAÑÍA _____

COBERTURA _____ SUMA ASEGURADA _____ NO. DE PÓLIZA _____ COMPAÑÍA DEL TERCERO _____

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

¿QUÉ ESTUDIOS SE LE 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 _____ DIA _____ MES _____ AÑO _____

_____ TEL. Y / O E-MAIL _____

- DOCUMENTOS A PRESENTAR**
- 1.- COPIA DE LA ACTUACIÓN DEL MINISTERIO PÚBLICO O ATENCIÓN RECIBIDA DE LA INSTITUCIÓN (EN CASO DE ACCIDENTE).
 - 2.- INTERPRETACIÓN DE ESTUDIOS RADIOLÓGICOS O DE GABINETE.
 - 3.- COPIA DE IDENTIFICACIÓN OFICIAL DEL ASEGURADO AFECTADO (IFE, PASAPORTE Y EN CASO DE MENORES DE 5 AÑOS ACTA DE NACIMIENTO).
 - 4.- RECIBOS DE GASTOS QUE CUENTEN CON LOS REQUISITOS FISCALES (QUEDARÁN SIN VALIDEZ COPIAS, RECIBOS PROVISIONALES, ESTADOS DE CUENTA, ETC).
 - 5.- POR CADA MÉDICO TRATANTE SE DEBERÁN LLENAR LOS INFORMES MÉDICOS CORRESPONDIENTES Y SU PARTICIPACIÓN EN EL EVENTO.
 - 6.- COPIA DE COMPROBANTE DE DOMICILIO E IDENTIFICACIÓN OFICIAL DEL CONTRATANTE (IFE, PASAPORTE) SÓLO SI ES PERSONA FÍSICA.

NOTAS

SE LE 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 EXAMINADO, 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 RELEVO DE CUALQUIER RESPONSABILIDAD Y DEL SECRETO MÉDICO A LAS PERSONAS RESPONSABLES DE PROPORCIONAR LA INFORMACIÓN, ASIMISMO 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 _____ DIA _____ MES _____ AÑO _____ LUGAR _____

