

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 COMPAÑÍA 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.

TIPO DE RECLAMACIÓN: ACCIDENTE EMBARAZO ENFERMEDAD

COBERTURA(S) AFECTADA(S): RENTA DIARIA POR HOSPITALIZACIÓN INDEMNIZACIÓN POR DIAGNÓSTICO O TRATAMIENTO

NOMBRE O RAZÓN SOCIAL DEL CONTRATANTE:			NÚMERO DE PÓLIZA:	
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.:	
NÚMERO CERTIFICADO DEL AFECTADO:	FECHA DE NACIMIENTO: (DÍA/MES/AÑO)		SEXO:	
NACIONALIDAD:	PARENTESCO CON EL TITULAR:	TELÉFONO DE CONTACTO:		CORREO ELECTRÓNICO:
OCUPACIÓN O PROFESIÓN:	LUGAR DONDE TRABAJA/EMPRESA:			GIRO DE LA EMPRESA:
DOMICILIO/CALLE:		NÚMERO EXTERIOR:	NÚMERO INTERIOR:	COLONIA:
CÓDIGO POSTAL:	DELEGACIÓN:		ESTADO	

FECHA EN QUE OCURRIÓ EL ACCIDENTE O APARICIÓN DE LOS PRIMEROS SÍNTOMAS DE LA ENFERMEDAD: (DÍA/MES/AÑO)	INDIQUE TIPO DE ALTERACIONES Y/O SÍNTOMAS QUE PRESENTÓ:
FECHA EN QUE VISITÓ POR PRIMERA VEZ AL MÉDICO POR ESTA ENFERMEDAD: (DÍA/MES/AÑO)	INDIQUE EL DIAGNÓSTICO MOTIVO DE SU RECLAMACIÓN:
¿QUÉ ESTUDIOS SE LE REALIZARON PARA EL DIAGNÓSTICO Y/O TRATAMIENTO?:	
SI ES ACCIDENTE DETÁLLESE. ¿CÓMO Y DÓNDE FUÉ?:	AUTORIDAD QUE TOMÓ CONOCIMIENTO DEL ACCIDENTE:
¿ACTUALMENTE TIENE OTRO SEGURO? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	INDIQUE LA COMPAÑÍA:
¿HA PRESENTADO GASTOS ANTERIORES POR ESTE PADECIMIENTO O ACCIDENTE EN ESTA U OTRA COMPAÑÍA? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	INDIQUE NÚMERO DE SINIESTRO:
HOSPITAL EN EL QUE FUE ATENDIDO DÍAS DE ESTANCIA:	TIPO DE HOSPITAL: <input type="checkbox"/> PRIVADO <input type="checkbox"/> PÚBLICO
PERIODO DE ESTANCIA: (DESDE Y HASTA)	NÚMERO DÍAS DE ESTANCIA:

NOMBRE COMPLETO DEL (LOS) MÉDICO (S) TRATANTE(S)	ESPECIALIDAD DEL(LOS) DOCTOR(ES):
MÉDICOS QUE HA CONSULTADO EN LOS ÚLTIMOS DOS AÑOS:	CAUSA Y FECHA

DOCUMENTOS A PRESENTAR:

1. COPIA DE IDENTIFICACIÓN OFICIAL DEL ASEGURADO AFECTADO (IFE, PASAPORTE Y EN CASO DE MENORES DE 5 AÑOS ACTA DE NACIMIENTO).
2. EL COMPROBANTE DEL HOSPITAL, CLÍNICA O SANATORIO CON DIAGNÓSTICO Y NÚMERO DE DÍAS DE ESTANCIA (ALTA HOSPITALARIA).
3. FACTURAS POR EL MONTO DE LOS GASTOS MÉDICOS EROGADOS POR LA ATENCIÓN DEL ASEGURADO, QUE CUMPLA CON LOS REQUISITOS FISCALES APLICABLES (SOLO PARA EL CASO DE HOSPITALIZACIÓN EN HOSPITALES PRIVADOS).
4. EN SU CASO, INTERPRETACIÓN DE ESTUDIOS RADIOLÓGICOS O DE GABINETE.
5. COPIA DE LA ACTUACIÓN DEL MINISTERIO PÚBLICO O ATENCIÓN RECIBIDA DE LA INSTITUCIÓN (EN CASO DE ACCIDENTE).
6. INFORMES MÉDICOS CORRESPONDIENTES DETALLADOS DONDE INDIQUE LA PARTICIPACIÓN DEL MÉDICO TRATANTE (NOTAS MÉDICAS DEL HOSPITAL).
7. COPIA DE IDENTIFICACIÓN OFICIAL DEL CONTRATANTE (IFE, PASAPORTE) SÓLO SI ES PERSONA FÍSICA.
8. LOS ESTUDIOS Y DOCUMENTOS EN LOS QUE EL MÉDICO TRATANTE CERTIFIQUE EL DIAGNÓSTICO.

NOTA:

AUTORIZO A LOS MÉDICOS QUE ME HAYAN ASISTIDO O EXAMINADO, A LOS HOSPITALES, CLÍNICAS, SANATORIOS, LABORATORIOS Y/O ESTABLECIMIENTOS DE SALUD, A LOS QUE HAYA ACUDIDO PARA TRATAMIENTO Y/O DIAGNÓSTICO DE CUALQUIER ENFERMEDAD, ACCIDENTE O LESIÓN Y/O A LAS AUTORIDADES JUDICIALES O ADMINISTRATIVAS QUE HAYAN TENIDO CONOCIMIENTO DE MI CASO PARA QUE PROPORCIONEN A LA COMPAÑÍA, 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 LA COMPAÑÍA LO CONSIDERE OPORTUNO, 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 LA COMPAÑÍA LA INFORMACIÓN DE SU CONOCIMIENTO Y QUE A SU VEZ LA COMPAÑÍA 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.

FECHA:(DÍA/MES/AÑO)

LUGAR:

 NOMBRE Y FIRMA DEL TITULAR

 NOMBRE Y FIRMA DEL AFECTADO

*La documentación contractual y la nota técnica que integran este producto, están registrados ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, de conformidad con lo dispuesto por los artículos 36, 36-A, 36-B y 36-D de la Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros, bajo el(los) registro(s) número _____ de fecha _____.