

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
 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
FECHA DE NACIMIENTO	SEXO	PARENTESCO CON EL TITULAR	CORREO ELECTRÓNICO
DÍA	MES	AÑO	TELÉFONO DE CONTACTO
DOMICILIO / CALLE		NO. EXTERIOR	NO. INTERIOR
C.P.		ESTADO	DELEGACION
OCUPACIÓN o PROFESIÓN		LUGAR DONDE TRABAJA / EMPRESA	GIRO DE LA EMPRESA
NACIONALIDAD		CLAVE LADA ()	COLONIA

¿HA PRESENTADO GASTOS ANTERIORES POR ÉSTE 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 AL 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 _____