

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 _____

REEMBOLSO (SÓLO LLENAR EN CASO DE REEMBOLSO)

HOSPITAL	HONORARIOS POR CONSULTA	HONORARIOS POR CIRUGIA	HONORARIOS POR ANESTESIOLOGO	HONORARIOS POR DEL AYUDANTE	HONORARIOS DE ENFERMERIA	FARMACIA CON RECETAS	AMBULANCIAS	GABINETE	RADIOLOGIA Y LABORATORIO	OTROS	FECHA	NÚMERO DE FACTURA	NOMBRE O RAZÓN SOCIAL DEL PROVEEDOR	IMPORTE TOTAL
														\$
														\$
														\$
														\$
														\$
														\$
														\$
														\$
														\$
														\$
														\$
														\$
														\$
														\$
														\$
														\$
														\$
														\$
														\$
														\$
														\$
														\$
														\$
														\$
													TOTAL	\$

TESTIGOS PRESENCIALES (SÓLO EN CASO DE ACCIDENTE)

NOMBRE	DOMICILIO	TELÉFONO
NOMBRE	DOMICILIO	TELÉFONO
NOMBRE	DOMICILIO	TELÉFONO
NOMBRE	DOMICILIO	TELÉFONO

PODER (ES)

PARA EFECTOS DEL TRÁMITE DE LA PRESENTE RECLAMACIÓN, LOS BENEFICIARIOS QUE SUSCRIBIMOS Y FIRMAMOS AL CALCE, DESIGNAMOS DE COMÚN ACUERDO COMO REPRESENTANTE ÚNICO AL SR. _____

O EMPRESA _____ POR CONDUCTO DE SUS APODERADOS LEGALES _____

A QUIEN OTORGAMOS TODA FACULTAD PARA QUE A NUESTRO NOMBRE Y REPRESENTACIÓN, RECIBA Y OIGA TODA CLASE DE NOTIFICACIONES Y DOCUMENTOS, SEÑALANDO ASIMISMO CONFORME AL ARTÍCULO 34 DEL CÓDIGO CIVIL PARA EL D.F., COMO DOMICILIO CONVENCIONAL EL UBICADO EN: _____

FIRMA(S) DEL (LOS) BENEFICIARIO (S) _____

NOMBRE Y FIRMA DEL QUE ACEPTA EL PODER _____

NOMBRE DE LA EMPRESA _____ Y FIRMA DEL APODERADO DE LA EMPRESA _____