

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
 TIPO DE RECLAMACIÓN
 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 _____ | 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? <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 RECLAMACIÓN: <input type="checkbox"/> INICIAL <input type="checkbox"/> 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 VISITÓ 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 DEL MINISTERIO PÚBLICO) _____ | | |
| EN CASO DE ACCIDENTE AUTOMOVILÍSTICO ¿CUENTA CON SEGURO DE AUTOMÓVIL? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO NOMBRE DE LA COMPAÑÍA _____ | | |
| COBERTURA _____ | SUMA ASEGURADA _____ | NO. DE PÓLIZA _____ COMPAÑÍA DEL TERCERO _____ |
| HOSPITAL EN QUE FUE ATENDIDO _____ | ESTUVO HOSPITALIZADO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> 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 _____ | | |
| DÍA 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. | | |
| 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 RELIEVO 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 _____ | | |
| DÍA MES AÑO LUGAR _____ | | |

