

**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 _____
<b>(OPCIONAL)</b>		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 \_\_\_\_\_

