

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 ☐ ENFERMEDAD

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? Sí No	INDIQUE LA COMPAÑÍA:
¿HA PRESENTADO GASTOS ANTERIORES POR ESTE PADECIMIENTO O ACCIDENTE EN ESTA U OTRA COMPAÑÍA? Sí No	INDIQUE NÚMERO DE FOLIO:
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:

COPIA DE IDENTIFICACIÓN OFICIAL DEL ASEGURADO AFECTADO (IFE, PASAPORTE Y EN CASO DE MENORES DE 5 AÑOS ACTA DE NACIMIENTO).
EN SU CASO, INTERPRETACIÓN DE ESTUDIOS RADIOLÓGICOS O DE GABINETE.
COPIA DE LA ACTUACIÓN DEL MINISTERIO PÚBLICO O ATENCIÓN RECIBIDA DE LA INSTITUCIÓN (EN CASO DE ACCIDENTE).
INFORMES MÉDICOS CORRESPONDIENTES DETALLADOS DONDE INDIQUE LA PARTICIPACIÓN DEL MÉDICO TRATANTE (NOTAS MÉDICAS DEL HOSPITAL).
COPIA DE IDENTIFICACIÓN OFICIAL DEL CONTRATANTE (PARA VOTAR, PASAPORTE) SÓLO SI ES PERSONA FÍSICA.
LOS ESTUDIOS Y DOCUMENTOS EN LOS QUE EL MÉDICO TRATANTE CERTIFIQUE EL DIAGNÓSTICO.
RADIOGRAFIAS Y/O FOTOGRAFÍAS INICIALES Y FINALES DE TODOS LOS TRATAMIENTOS RECLAMADOS, DONDE SE OBSERVE LA REALIZACIÓN DE LOS MISMOS

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