



FORMATO DE AVISO DE ACCIDENTE O ENFERMEDAD
INSTRUCCIONES:

- 1.- ESTE CUESTIONARIO DEBERA SER LLENADO Y FIRMADO POR EL ASEGURADO CON LETRA DE MOLDE.
- 2.- ES NECESARIO LLENAR LA FORMA EN SU TOTALIDAD Y DAR INFORMACION COMPLETA Y DETALLADA.
- 3.- POR EL HECHO DE PROPORCIONAR ESTE FORMULARIO, LA COMPAÑIA NO QUEDA OBLIGADA A ADMITIR LA VALIDEZ DE LA RECLAMACION NI A RENUNCIAR A LOS DERECHOS QUE SE RESERVA CONFORME A LA POLIZA.
- 4.- ESTE DOCUMENTO NO SERA VALIDO CON TACHADURAS, ENMENDADURAS Y DE LO DECLARADO NO SE ACEPTAN CAMBIOS POSTERIORES.

TIPO DE RECLAMACION: ACCIDENTE EMBARAZO ENFERMEDAD
COBERTURA(S) AFECTADA(S): RENTA DIARIA POR HOSPITALIZACION INDEMNIZACION POR DIAGNOSTICO O TRATAMIENTO

NOMBRE O RAZON SOCIAL DEL CONTRATANTE:			NUMERO DE POLIZA:
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.:
NUMERO CERTIFICADO DEL AFECTADO:	FECHA DE NACIMIENTO: (DIA/MES/AÑO)	SEXO:	
NACIONALIDAD:	PARENTESCO CON EL TITULAR:	TELEFONO DE CONTACTO:	CORREO ELECTRONICO:
OCUPACION o PROFESION:	LUGAR DONDE TRABAJA / EMPRESA:	GIRO DE LA EMPRESA:	
DOMICILIO/CALLE:	NUMERO EXTERIOR:	NUMERO INTERIOR:	COLONIA:
CODIGO POSTAL:	DELEGACION:	ESTADO:	

FECHA EN QUE OCURRIO EL ACCIDENTE O APARICION DE LOS PRIMEROS SINTOMAS DE LA ENFERMEDAD: (DIA/MES/AÑO)	INDIQUE TIPO DE ALTERACIONES Y/ O SINTOMAS QUE PRESENTO:
FECHA EN QUE VISITO POR PRIMERA VEZ AL MEDICO POR ESTA ENFERMEDAD: DIA/MES/AÑO)	INDIQUE EL DIAGNOSTICO MOTIVO DE SU RECLAMACION:
¿QUE ESTUDIOS SE LE REALIZARON PARA EL DIAGNOSTICO Y/O TRATAMIENTO?	
SI ES ACCIDENTE DETALLESE, ¿COMO Y DONDE FUE?:	AUTORIDAD QUE TOMO CONOCIMIENTO DEL ACCIDENTE:
¿ACTUALMENTE TIENE OTRO SEGURO? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	INDIQUE LA COMPAÑIA:
¿HA PRESENTADO GASTOS ANTERIORES POR ESTE PADECIMIENTO O ACCIDENTE EN ESTA U OTRA COMPAÑIA? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	INDIQUE NUMERO DE SINIESTRO:
HOSPITAL EN QUE FUE ATENDIDO DIAS DE ESTANCIA:	TIPO DE HOSPITAL: <input type="checkbox"/> PRIVADO <input type="checkbox"/> PUBLICO
PERIODO DE ESTANCIA: (DESDE Y HASTA)	NUMERO DIAS DE ESTANCIA:

NOMBRE COMPLETO DEL (LOS) MEDICO (S) TRATANTE(S)	ESPECIALIDAD DEL (LOS) DOCTOR (ES):
MEDICOS QUE HA CONSULTADO EN LOS ULTIMOS DOS AÑOS:	CAUSA Y FECHA

DOCUMENTOS A PRESENTAR:

1. COPIA DE IDENTIFICACION OFICIAL DEL ASEGURADO AFECTADO (IFE, PASAPORTE Y EN CASO DE MENORES DE 5 AÑOS ACTA DE NACIMIENTO).
2. EL COMPROBANTE DEL HOSPITAL, CLINICA O SANATORIO CON DIAGNOSTICO Y NUMERO DE DIAS DE ESTANCIA (ALTA HOSPITALARIA).
3. FACTURAS POR EL MONTO DE LOS GASTOS MEDICOS EROGADOS POR LA ATENCION DEL ASEGURADO, QUE CUMPLA CON LOS REQUISITOS FISCALES APLICABLES (SOLO PARA EL CASO DE HOSPITALIZACION EN HOSPITALES PRIVADOS).
4. EN SU CASO, INTERPRETACION DE ESTUDIOS RADIOLOGICOS O DE GABINETE.
5. COPIA DE LA ACTUACION DEL MINISTERIO PUBLICO O ATENCION RECIBIDA DE LA INSTITUCION (EN CASO DE ACCIDENTE).
6. INFORMES MEDICOS CORRESPONDIENTES DETALLADOS DONDE INDIQUE LA PARTICIPACION DEL MEDICO TRATANTE (NOTAS MEDICAS DEL HOSPITAL).
7. COPIA DE IDENTIFICACION OFICIAL DEL CONTRATANTE (IFE, PASAPORTE) SOLO SI ES PERSONA FISICA.
8. LOS ESTUDIOS Y DOCUMENTOS EN LOS QUE EL MEDICO TRATANTE CERTIFIQUE EL DIAGNOSTICO.

NOTA:
AUTORIZO A LOS MEDICOS QUE ME HAYAN ASISTIDO O EXAMINADO, A LOS HOSPITALES, CLINICAS, SANATORIOS, LABORATORIOS Y/O ESTABLECIMIENTOS DE SALUD, A LOS QUE HAYA ACUDIDO PARA TRATAMIENTO Y/ O DIAGNOSTICO DE CUALQUIER ENFERMEDAD, ACCIDENTE, O LESION Y/O A LAS AUTORIDADES JUDICIALES O ADMINISTRATIVAS QUE HAYAN TENIDO CONOCIMIENTO DE MI CASO PARA QUE PROPORCIONEN A LA COMPAÑIA, AUN CUANDO NO EXISTA UNA ORDEN JUDICIAL O ADMINISTRATIVA TODA LA INFORMACION REFERENTE A MIS ANTECEDENTES PERSONALES PATOLOGICOS, HISTORIAL CLINICO, INDICACIONES MEDICAS, RESULTADOS DE ESTUDIOS DE LABORATORIO Y GABINETE Y CUALQUIER INFORMACION CONTENIDA EN MI EXPEDIENTE CLINICO, MISMA QUE PODRA SER REQUERIDA EN CUALQUIER MOMENTO QUE LA COMPAÑIA LO CONSIDERE OPORTUNO, INCLUSIVE DESPUES DE MI FALLECIMIENTO. CON LA PRESENTE AUTORIZACION RELEVO DE CUALQUIER RESPONSABILIDAD DERIVADA DEL SECRETO MEDICO A LAS PERSONAS RESPONSABLES DE PROPORCIONAR LA INFORMACION REQUERIDA, ASIMISMO AUTORIZO A LAS COMPAÑIAS DE SEGUROS A LAS QUE PREVIAMENTE HE SOLICITADO LA CELEBRACION DE CUALQUIER CONTRATO O SOLICITUD DE SEGUROS PARA QUE PROPORCIONEN A LA COMPAÑIA LA INFORMACION DE SU CONOCIMIENTO Y QUE A SU VEZ LA COMPAÑIA PROPORCIONE A CUALQUIER OTRA EMPRESA DEL SECTOR ASEGURADOR LA INFORMACION QUE REQUIERA Y QUE SE DERIVE DE ESTE DOCUMENTO Y DE OTROS QUE SEAN DE SU CONOCIMIENTO.

FECHA: (DIA/MES/AÑO) _____ LUGAR: _____

NOMBRE Y FIRMA DEL TITULAR **NOMBRE Y FIRMA DEL AFECTADO**