

AVISO DE ACCIDENTE O ENFERMEDAD

Folio:

Instrucciones

Este cuestionario deberá ser llenado, en su totalidad con letra de molde, con información completa y detallada, firmado por el asegurado y el contratante. Por el hecho de proporcionar este formulario, Seguros Multiva, S.A., Grupo Financiero Multiva no queda obligada a admitir la validez de la reclamación ni a renunciar a los derechos que se reserva conforme a la póliza.

Este documento no será válido con tachaduras, enmendaduras y de lo declarado no se aceptan cambios posteriores.

Datos de la póliza

Nombre del contratante		R.F.C.
Número de póliza	Subgrupo	Terminación de vigencia (dd/mm/aa)

Datos del Asegurado

Apellido Paterno		Apellido Materno		Nombre(s)
R.F.C.	Núm de Certificado	Sexo M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	Fecha de nacimiento (dd/mm/aa)	Asegurado desde (dd/mm/aa)

Parentesco con Contratante/Titular

Datos de la reclamación

Motivo:	Reembolso <input type="checkbox"/>	Pago directo <input type="checkbox"/>	Programación de cirugía o tratamiento <input type="checkbox"/>	Segunda opinión <input type="checkbox"/>
Tipo:	Accidente <input type="checkbox"/>	Embarazo <input type="checkbox"/>	Enfermedad <input type="checkbox"/>	Reclamación: Inicial <input type="checkbox"/> Complementaria <input type="checkbox"/>

Información general

¿Ha presentado gastos anteriores por este padecimiento o enfermedad en ésta u otra compañía?	Sí <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	¿En qué compañía?
¿Cuenta actualmente con otro seguro?	Sí <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	¿En que compañía?
Fecha en que ocurrió el accidente o la aparición de síntomas de la enfermedad (dd/mm/aa):	Fecha de la primera consulta médica (DD/MM/AA):	
Indique el diagnóstico o padecimiento:	Motivo de la Atención Médica:	

En caso de ser accidente detallar cómo y dónde ocurrió, e indicar en su caso la autoridad que tomó conocimiento del accidente (favor de anexar copias del M.P.):

¿Cuenta con seguro de automóvil?	Sí <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	¿Con que compañía?	Número de póliza
Tipo de Cobertura:	Suma Asegurada:	Compañía del Tercero	
¿Estuvo hospitalizado o requiere de hospitalización?	Sí <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Días de hospitalización:	Hospital:
¿Qué estudios se realizaron para el diagnóstico o tratamiento?		Fecha de Hospitalización Desde (dd/mm/aa)	Hasta (dd/mm/aa)

Nombre del médico tratante	Especialidad:
Dirección	Teléfono / email:
Lugar donde fue atendido Hospital <input type="checkbox"/> Consultorio <input type="checkbox"/> Domicilio del asegurado <input type="checkbox"/>	Otros:

Mencione los médicos que ha consultado en los dos últimos años

Nombre	Especialidad	Causa	Fecha (dd/mm/aa)	Teléfono

Segunda Opinión Médica

Es una opinión que puede ser requerida por el asegurado por **Seguros Multiva, S.A., Grupo Financiero Multiva** en caso de duda o controversia en cuanto a un diagnóstico médico el cual se otorgará por medio de médicos especialistas que no participen de ninguna manera en la atención médica del asegurado designado por **Seguros Multiva, S.A., Grupo Financiero Multiva** los gastos que se deriven por una segunda opinión médica para el mismo padecimiento se cubrirán, siempre y cuando se trate de una enfermedad cubierta.

Solicito la autorización por parte de **Seguros Multiva S.A., Grupo Financiero Multiva** para llevar a cabo una segunda opinión médica respecto al padecimiento en cuestión.

Comentarios y/o aclaraciones.

Nombre y firma del Asegurado

Documentación a presentar

- Copia de la actuación del ministerio público o actuación recibida de la Institución (en caso de accidente)
- Interpretación de estudios radiológicos o de gabinete
- Copia de identificación oficial del asegurado afectado (IFE, pasaporte o en caso de menores de edad acta de nacimiento)
- Recibos de gastos que cuenten con los requisitos fiscales
- Copia de identificación oficial del contratante (IFE, pasaporte vigente)
- Por cada médico tratante deberán llenarse los informes médicos correspondientes y su participación en el evento.

Número de factura	Concepto	Monto

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 Seguros Multiva, S.A., Grupo Financiero Multiva, aún cuando no exista una orden judicial o administrativa, toda la información referente a mis antecedentes personales patológicos, historial clínico, podrá ser requerida en cualquier momento que Seguros Multiva, S.A., Grupo Financiero Multiva, 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 Seguros Multiva, S.A., Grupo Financiero Multiva, la información de su conocimiento y que a su vez Seguros Multiva, S.A., Grupo Financiero Multiva, 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.

Artículo 25 de la Ley sobre el Contrato de Seguro: si el contenido de la póliza o sus modificaciones no concordaren con la oferta, el asegurado podrá pedir la rectificación correspondiente dentro de los 30 días que sigan al día que reciba la póliza. Transcurrido este plazo se considerarán aceptadas las estipulaciones de la póliza o de sus modificaciones.

Declaro de manera libre y espontánea, bajo protesta de decir la verdad, que los recursos destinados para el pago de la prima del contrato de seguro que en su caso se llegue a celebrar con motivo de la presente solicitud, son de procedencia lícita".

“La documentación contractual y la nota técnica que integran este producto, están registrados ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, de conformidad con lo dispuesto por los artículos 36, 36-A, 36-B y 36-D de la Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros, bajo el(los) registro(s) número(s) CNSF-S0016-0936-2010 de fecha 18 de octubre de 2010”

Estoy enterado y de acuerdo en recibir información de productos y coberturas de seguros en mi domicilio y/o correo electrónico.

Lugar y fecha (dd/mm/aa)

Nombre y firma del contratante

Nombre y firma del asegurado afectado

Nombre y firma del Agente

Seguros Multiva, S.A., Grupo Financiero Multiva

Boulevard Manuel Ávila Camacho 170 Pisos 6 y 7 Colonia Reforma Social Delegación Miguel Hidalgo, C.P. 11650, México D.F. Tel. 01 800 830 3676

www.seguorsmultiva.com.mx

SM-009