



## FORMATO DE AVISO DE ACCIDENTE O ENFERMEDAD

### INSTRUCCIONES:

- 1.-Este formato 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.
- 3.-Por el hecho de llenar 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 DEL CONTRATANTE _____  |                  | No. DE PÓLIZA _____  |                                   |
| APELLIDO PATERNO, MATERNO Y NOMBRE DEL ASEGURADO _____  |                  | R.F.C. O C.U.R.P. _____  |                                   |
| APELLIDO PATERNO, MATERNO Y NOMBRE DEL ASEGURADO AFECTADO _____   |                  | R.F.C. O C.U.R.P. _____  |                                   |
| No. CERTIFICADO DEL AFECTADO _____  |                  | FECHA DE ALTA <u>    </u> DÍA   <u>    </u> MES   <u>    </u> AÑO NACIONALIDAD _____ |                                   |
| FECHA DE NACIMIENTO <u>    </u> DÍA   <u>    </u> MES   <u>    </u> AÑO   | SEXO <u>    </u> | PARENTESCO CON EL TITULAR <u>    </u>  | CORREO ELECTRÓNICO _____          |
| DOMICILIO / CALLE _____   |                  | No. EXTERIOR <u>    </u>   | No. INTERIOR <u>    </u>          |
| C.P. <u>    </u> ESTADO <u>    </u> DELEGACIÓN <u>    </u>  |                  | OCUPACIÓN O PROFESIÓN _____  | LUGAR DONDE TRABAJA/EMPRESA _____ |
| TELÉFONO DE CONTACTO _____  |                  | GIRO DE LA EMPRESA _____   |                                   |
| CLAVE LADA ( ) _____  |                  |  |                                   |
| ¿HA PRESENTADO GASTOS ANTERIORES POR ESTE PADECIMIENTO O ACCIDENTE EN ESTA O OTRA COMPAÑÍA? <u>    </u> SI <u>    </u> NO SI SU RESPUESTA FUE AFIRMATIVA INDIQUE No. DE SINIESTRO _____   |                  |  |                                   |
| COMPAÑÍA _____  |                  | FECHA DE ALTA <u>    </u> DÍA   <u>    </u> MES   <u>    </u> AÑO                    |                                   |
| ¿ACTUALMENTE TIENE OTRO SEGURO? <u>    </u> SI <u>    </u> NO COMPAÑÍA _____  |                  |  |                                   |
| TIPO DE RECLAMACIÓN: <u>    </u> INICIAL <u>    </u> COMPLEMENTARIA INDIQUE TIPO DE ALTERACIONES Y/O SÍNTOMAS QUE PRESENTO _____  |                  |  |                                   |
| FECHA EN QUE OCURRIÓ EL ACCIDENTE O APARICIÓN DE LOS PRIMEROS SÍNTOMAS DE LA ENFERMEDAD _____   |                  |  |                                   |
| <u>    </u> DÍA   <u>    </u> MES   <u>    </u> AÑO   |                  |  |                                   |
| FECHA EN QUE VISITÓ POR PRIMERA VEZ AL MÉDICO POR ESTA ENFERMEDAD _____   |                  |  |                                   |
| <u>    </u> DÍA   <u>    </u> MES   <u>    </u> AÑO   |                  |  |                                   |
| INDIQUE EL DIAGNÓSTICO MOTIVO DE SU RECLAMACIÓN _____   |                  |  |                                   |
| SI ES ACCIDENTE DETALLESE, ¿COMO Y DONDE FUE? _____   |                  |  |                                   |
| AUTORIDAD QUE TOMO CONOCIMIENTO DEL ACCIDENTE (ANEXAR COPIAS DEL MINISTERIO PÚBLICO) _____  |                  |  |                                   |
| EN CASO DE ACCIDENTE AUTOMOVILÍSTICO ¿CUENTA CON SEGURO DE AUTOMOVIL? <u>    </u> SI <u>    </u> NO NOMBRE DE LA COMPAÑÍA _____   |                  |  |                                   |
| COBERTURA _____   |                  | SUMA ASEGURADA _____   |                                   |
| No. DE PÓLIZA _____   |                  | COMPAÑÍA DEL TERCERO _____   |                                   |
| HOSPITAL EN QUE FUE ATENDIDO _____  |                  | ESTUVO HOSPITALIZADO <u>    </u> SI <u>    </u> 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 _____  |                                   |
|   |                  | TEL. Y/O E-MAIL _____  |                                   |
| <b>DOCUMENTOS A PRESENTAR:</b>  |                  |  |                                   |
| 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 (QUEDARAN CON VALIDES, COPIAS, RECIBOS PROVISIONALES, ESTADOS DE CUENTA, ETC.)  |                  |  |                                   |
| 5.- POR CADA MÉDICO TRATANTE SE DEBERAN LLENAR LOS INFORMES MEDIOS CORRESPONDIENTES Y SU PARTICIPACIÓN EN EL EVENTO.  |                  |  |                                   |
| <b>NOTAS:</b>   |                  |  |                                   |
| <b>SE LE INFORMA QUE LA INEXACTA O FALSA DECLARACIÓN PROPORCIONADA EN EL PRESENTE CUESTIONARIO, RELEVA DE TODA RESPONSABILIDAD A LA INSTITUCIÓN.</b>  |                  |  |                                   |
| AUTORIZO A TODOS LOS MÉDICOS QUE ME HAYAN ASISTIDO O EXAMINADO, A LOS HOSPITALES CLÍNICAS, SANATORIOS, ESTABLECIMIENTOS DE SALUD, A LOS QUE HAYA ACUDIDO PARA TRATAMIENTO Y/O DIAGNÓSTICO DE CUALQUIER ENFERMEDAD, ACCIDENTE, O LESIÓN, A LAS AUTORIDADES JUDICIALES O ADMINISTRATIVAS QUE HAYAN TENIDO CONOCIMIENTO DE MI CASO PARA QUE PROPORCIONEN A SEGUROS ATLAS, S.A., AUN CUANDO NO EXISTA UN 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 SEGUROS ATLAS, S.A. LO CONSIDERE OPORTUNO PARA LA CORRECTA EVALUACIÓN DE MI RECLAMACIÓN, 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 ATLAS S.A. LA INFORMACIÓN DE SU CONOCIMIENTO Y QUE A SU VEZ SEGUROS ATLAS S.A. 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. |                  |  |                                   |
| _____<br>NOMBRE Y FIRMA DEL TITULAR   |                  | _____<br>NOMBRE Y FIRMA DEL ASEGURADO  |                                   |
| FECHA <u>    </u> DÍA   <u>    </u> MES   <u>    </u> AÑO   | LUGAR _____      |  |                                   |