



## 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	NACIONALIDAD _____
FECHA DE NACIMIENTO	SEXO	PARENTESCO CON EL TITULAR	CORREO ELECTRÓNICO
TELÉFONO DE CONTACTO	CLAVE LADA ( )		
DOMICILIO / CALLE _____		No. EXTERIOR	No. INTERIOR
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 O 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 PRESENTO _____			
FECHA EN QUE OCURRIÓ EL ACCIDENTE O APARICIÓN DE LOS PRIMEROS SÍNTOMAS DE LA ENFERMEDAD _____			
FECHA EN QUE VISITÓ POR PRIMERA VEZ AL MÉDICO POR ESTA ENFERMEDAD _____			
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? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO NOMBRE DE LA COMPAÑÍA _____			
COBERTURA _____		SUMA ASEGURADA _____	No. DE PÓLIZA _____
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 _____	
_____		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 RADIOLOGICOS 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 REQUICITOS FISCALES (QUEDARAN CON VALIDES, COPIAS, RECIBOS PROVISIONALES, ESTADOS DE CUENTA, ETC.)			
5.- POR CADA MEDICO 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.			
_____		_____	
NOMBRE Y FIRMA DEL TITULAR		NOMBRE Y FIRMA DEL ASEGURADO	
FECHA	DÍA	MES	AÑO
LUGAR _____			