

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 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
- ☐ ACCIDENTE ☐ EMBARAZO ☐ ENFERMEDAD

NOMBRE O RAZÓN SOCIAL DEL CONTRATANTE _____						NO. DE PÓLIZA _____	
APELLIDO PATERNO, MATERNO Y NOMBRE DEL ASEGURADO TITULAR _____						R.F.C. Ó C.U.R.P. _____	
APELLIDO PATERNO, MATERNO Y NOMBRE DEL ASEGURADO AFECTADO _____						R.F.C. Ó 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 _____	
DÍA _____ MES _____ AÑO _____				(OPCIONAL)		CLAVE LADA () _____	
DOMICILIO / CALLE _____				NO. EXTERIOR _____	NO. INTERIOR _____	COLONIA _____	
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 U 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 PRESENTÓ _____					
FECHA EN QUE OCURRIÓ EL ACCIDENTE O APARICIÓN DE LOS PRIMEROS SÍNTOMAS DE LA ENFERMEDAD _____		_____					
DÍA _____ MES _____ AÑO _____		_____					
FECHA EN QUE VISITO POR PRIMERA VEZ AL MÉDICO POR ESTA ENFERMEDAD _____		_____					
DÍA _____ MES _____ AÑO _____		_____					
INDIQUE EL DIAGNÓSTICO MOTIVO DE SU RECLAMACIÓN _____							
SI ES ACCIDENTE DETÁLLESE, ¿CÓMO Y DÓNDE FUE? _____							
AUTORIDAD QUE TOMÓ CONOCIMIENTO DEL ACCIDENTE (ANEXAR COPIAS DEL MINISTERIO PÚBLICO) _____							
EN CASO DE ACCIDENTE AUTOMOVILÍSTICO ¿CUENTA CON SEGURO DE AUTOMÓVIL? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO NOMBRE DE LA COMPAÑÍA _____							
COBERTURA _____		SUMA ASEGURADA _____	NO. DE PÓLIZA _____		COMPAÑÍA DEL TERCERO _____		
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 _____		DÍA _____ MES _____ AÑO _____	
_____				TEL. Y/ O E-MAIL _____		_____	
DOCUMENTOS A PRESENTAR 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 REQUISITOS FISCALES (QUEDARÁN SIN VALIDEZ COPIAS, RECIBOS PROVISIONALES, ESTADOS DE CUENTA, ETC). 5.- POR CADA MÉDICO TRATANTE SE DEBERÁN LLENAR LOS INFORMES MÉDICOS CORRESPONDIENTES Y SU PARTICIPACIÓN EN EL EVENTO. 6.- COPIA DE IDENTIFICACIÓN OFICIAL PARA EL CONTRATANTE (IFE, PASAPORTE) SÓLO SI ES PERSONA FÍSICA.							
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 (NOMBRE COMPAÑÍA DE SEGUROS), 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 (NOMBRE COMPAÑÍA DE SEGUROS) 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 (NOMBRE COMPAÑÍA DE SEGUROS) LA INFORMACIÓN DE SU CONOCIMIENTO Y QUE ASU VEZ (NOMBRE COMPAÑÍA DE SEGUROS) 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 AFECTADO _____			
FECHA _____				LUGAR _____			