

FORMATO DE AVISO DE ACCIDENTE O ENFERMEDAD

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
 TIPO DE RECLAMACIÓN EMBARAZO ENFERMEDAD
 ACCIDENTE 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 _____	DÍA MES AÑO	NACIONALIDAD _____
FECHA DE NACIMIENTO _____	SEXO _____	PARENTESCO CON EL TITULAR _____	CORREO ELECTRÓNICO _____
DÍA MES AÑO			TELÉFONO DE CONTACTO _____
DOMICILIO / CALLE _____		NO. EXTERIOR _____	NO. INTERIOR _____
		COLONIA _____	
C.P. _____	ESTADO _____	DELEGACIÓN _____	OCUPACIÓN 6 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 _____	
DÍA MES AÑO			
¿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) SOLO 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 **SERVICIOS INTEGRALES DE SALUD NOVA, S.A. DE C. V.**, 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 **INTEGRALES DE SALUD NOVA, S.A. DE C. V.**, 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 **SERVICIOS INTEGRALES DE SALUD NOVA, S.A. DE C. V.** LA INFORMACIÓN DE SU CONOCIMIENTO Y QUE ASU VEZ **SERVICIOS INTEGRALES DE SALUD NOVA, S.A. DE C. V.** 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 _____
DÍA | MES | AÑO LUGAR _____