

# FORMATO DE AVISO DE ACCIDENTE O ENFERMEDAD



FA

DM-AAE-04

**INSTRUCCIONES:**

- ESTE CUESTIONARIO DEBERÁ SER LLENADO Y FIRMANDO POR EL ASEGURADO CON LETRA DE MOLDE.
- ES NECESARIO LLENAR ESTA FORMA EN SU TOTALIDAD Y PROPORCIONAR INFORMACIÓN COMPLETA Y DETALLADA.
- 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 RESERVAN CONFORME A LA PÓLIZA.

**TIPO DE RECLAMACIÓN**

PAGO DIRECTO      PROGRAMACIÓN DE CIRUGÍA-TRATAMIENTO      REEMBOLSO

**MOTIVO DE LA RECLAMACIÓN**

ACCIDENTE      ENFERMEDAD      EMBARAZO

CONTRATANTE: NOMBRE O RAZÓN SOCIAL  Póliza:

TITULAR: APELLIDO PATERNO, MATERNO, NOMBRE.

ASEGURADO AFECTADO: APELLIDO PATERNO, MATERNO, NOMBRE.

Fecha de nacimiento:  dd / mm / aaaa SEXO: **Fem.** **Masc.** Parentesco con Titular:  TEL. contacto:

Domicilio. Calle:  No. Int.  No. Ext.  Colonia.

C.P.  Estado.  Del. o Mpo.  Ocupación.  Lugar Donde Trabaja (Empresa).

¿HA PRESENTADO GASTOS ANTERIORES POR ESTE PADECIMIENTO O ACCIDENTE EN ESTA U OTRA COMPAÑÍA? **SI** **NO** INDIQUE EL No. DE SINIESTRO:

¿CON QUE COMPAÑÍA?

¿ACTUALMENTE TIENE OTRO SEGURO? **SI** **NO** ¿DE QUE TIPO?  ¿CON QUE COMPAÑÍA?

TIPO DE RECLAMACIÓN: INICIAL      COMPLEMENTARIA

FECHA EN QUE OCURRIÓ EL ACCIDENTE O APARICIÓN DE LOS PRIMEROS SIGNOS Y SÍNTOMAS DE LA ENFERMEDAD

dd / mm / aaaa

FECHA EN QUE VISITÓ POR PRIMERA VEZ AL MEDICO POR ESTA ENFERMEDAD

dd / mm / aaaa

INDIQUE EL DIAGNOSTICO MOTIVO DE SU RECLAMACIÓN:

EN CASO DE ACCIDENTE AUTOMOVILÍSTICO ¿CUENTA CON SEGURO DE AUTOMÓVIL? **SI** **NO**

NUMERO DE PÓLIZA:

NOMBRE DE LA COMPAÑÍA:

EN ESTE ESPACIO INDIQUE EL TIPO DE ALTERACIONES Y/O SÍNTOMAS QUE PRESENTÓ, ENFATIZANDO DONDE, CÓMO, Y CUANDO.

AUTORIDAD QUE TOMÓ CONOCIMIENTO DEL ACCIDENTE (FAVOR DE ANEXAR COPIA DEL ACTA DEL MINISTERIO PUBLICO)

HOSPITAL EN QUE FUE ATENDIDO  ¿ESTUVO HOSPITALIZADO? **SI** **NO** DÍAS DE ESTANCIA:

¿QUÉ ESTUDIOS LE PRACTICARON PARA EL DIAGNOSTICO Y/O TRATAMIENTO?

NOMBRE DEL MEDICO TRATANTE:  ESPECIALIDAD:  TELÉFONO:

DIRECCIÓN:  MÓVIL:

**NOTA:** ESTE FORMATO DEBE IR ACOMPAÑADO SIEMPRE DE LA SIGUIENTE DOCUMENTACIÓN:

- COPIA DE LA ACTUACIÓN DEL MINISTERIO PUBLICO O ATENCIÓN RECIBIDA DE LA INSTITUCIÓN JURÍDICA (EN CASO DE ACCIDENTE DE AUTO, ASALTO, AGRESIÓN O RIÑA ASÍ COMO EN LOS CASO QUE DE ACUERDO A LAS LESIONES Y/O PADECIMIENTO PLAN SEGURO CONSIDERE NECESARIO).
- COPIA DE LA INTERPRETACIÓN DE ESTUDIOS DE IMAGEN, LABORATORIO O ESTUDIOS HISTOPATOLÓGICOS QUE LE FUERON PRACTICADOS.
- COPIA DE LA IDENTIFICACIÓN OFICIAL DEL ASEGURADO AFECTADO (IFE, PASAPORTE, CARTILLA DE SERVICIO MILITAR, ACTA DE NACIMIENTO PARA MENORES DE 5 AÑOS)
- RECIBOS ORIGINALES DE GASTOS: DEBEN CUMPLIR LOS REQUISITOS FISCALES VIGENTES. (NO TIENEN VALIDEZ COPIAS, RECIBOS PROVISIONALES, CUENTAS PARCIALES, CARTAS FACTURA, ETC.)
- CADA MEDICO TRATANTE DEBERÁ LLENAR ADECUADAMENTE EL INFORME MEDICO CORRESPONDIENTE, ASÍ COMO DETALLAR SU PARTICIPACIÓN EN LA ATENCIÓN QUE LE PROPORCIONÓ.

**IMPORTANTE.** SE LE INFORMA QUE LA INEXACTA O FALSA DECLARACIÓN PROPORCIONADA EN EL PRESENTE CUESTIONARIO, RELEVA DE TODA RESPONSABILIDAD A PLAN SEGURO COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A. de C.V.

AUTORIZO A LOS MÉDICOS QUE ME HAYAN ASISTIDO O EXAMINADO, A LOS HOSPITALES, SANATORIOS Y CLÍNICAS A LOS QUE HAYA INGRESADO PARA ESTUDIO, DIAGNÓSTICO O TRATAMIENTO DE CUALQUIER PADECIMIENTO O LESIÓN PARA QUE PROPORCIONE TODA LA INFORMACIÓN QUE SE REQUIERA TALES COMO RESULTADOS DE ESTUDIOS DE LABORATORIO Y GABINETE, HISTORIA CLÍNICA COMPLETA, INDICACIONES MEDICAS Y TODO AQUELLO QUE PUEDA SER ÚTIL PARA LA EVALUACIÓN CORRECTA DE MI RECLAMACIÓN, EN RELACIÓN A LO ANTERIOR RELEVÓ DE CUALQUIER RESPONSABILIDAD Y DEL SECRETO MÉDICO A LAS PERSONAS RESPONSABLES DE PROPORCIONAR LA INFORMACIÓN, ASÍ MISMO AUTORIZO A LAS COMPAÑÍAS DE SEGUROS A LAS QUE PREVIAMENTE HE SOLICITADO PÓLIZAS PARA QUE PROPORCIONEN LA INFORMACIÓN DE SU CONOCIMIENTO PARA LA CORRECTA EVALUACIÓN DE MI RECLAMACIÓN.

\_\_\_\_\_  
NOMBRE Y FIRMA AUTÓGRAFA DEL TITULAR

\_\_\_\_\_  
NOMBRE Y FIRMA AUTÓGRAFA DEL AFECTADO

LUGAR

FECHA  dd / mm / aaaa

## CUESTIONARIO PARA DETERMINAR CAUSAS DEL ACCIDENTE

No. Póliza: \_\_\_\_\_ Contratante: \_\_\_\_\_

Nombre del Asegurado: \_\_\_\_\_

Nombre del Hospital: \_\_\_\_\_

Fecha del Accidente: 

--	--	--

 Fecha de Ingreso: 

--	--	--

  
(dd/mm/aaaa) (dd/mm/aaaa)

Diagnóstico: \_\_\_\_\_

Donde Ocurrió el Accidente? (nombre del lugar y/o establecimiento):

---

---

Qué Causó el Accidente?:

---

---

Cómo Ocurrió el Accidente?:

---

---

Ud. Considera que existe Algún Tercero Responsable del Accidente? (¿Quién?):

---

---

Sabe si el Tercero Responsable del Accidente Tiene Póliza de Seguro?:

---

---

Alguna Autoridad Tomo Conocimiento del Accidente? O bien alguna persona del establecimiento:

---

---

Cuenta con el Número de Acta, Denuncia o Reporte?:

---

---

Observaciones / Comentarios:

---

---

---