

**FORMATO DE AVISO DE ACCIDENTE Y/O ENFERMEDAD**

- Este formato deberá ser llenado y firmado por el Asegurado con letra de molde y a una sola tinta
- Es necesario llenar el formato en su totalidad y proporcionar información completa y detallada
- Por el hecho de proporcionar este formato, 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
- Este documento no será válido con tachaduras, enmendaduras y de lo declarado no se aceptan cambios posteriores

NOMBRE ASEGURADORA \_\_\_\_\_

No. DE SINIESTRO \_\_\_\_\_

No. DE TRÁMITE \_\_\_\_\_

Programación de Tratamiento Médico o Quirúrgico

Solicitud de Autorización por Ingreso Hospitalario

Reembolso

Nombre o Razón Social del Contratante \_\_\_\_\_

Nombre del Titular \_\_\_\_\_

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombre(s) Asegurado Afectado (Paciente)	Estado Civil	Sexo F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>
------------------	------------------	---	--------------	---

Fecha de Nacimiento día mes año	Ocupación	Número de Póliza	Número de Certificado
------------------------------------	-----------	------------------	-----------------------

Domicilio de Contacto (Calle, Núm. ext., Núm. Int., Delegación o Municipio, C.P., Estado) \_\_\_\_\_

E-mail del Asegurado Titular y/o Afectado	Teléfono (s) para contacto, favor de incluir LADA			
	Casa	Oficina	Móvil	Otro

**TIPO DE EVENTO**

- Accidente En caso de accidente automovilístico, favor de proporcionar los datos del seguro de auto
- Enfermedad Nombre de la compañía de seguros \_\_\_\_\_
- Embarazo No. de póliza \_\_\_\_\_

**TIPO DE RECLAMACIÓN**

- Inicial (es la primera vez que presenta gastos por este evento) En caso de reclamación complementaria, favor de indicar:  
Diagnóstico \_\_\_\_\_
- Complementaria (cuando ya se han presentado gastos por este evento en esta Aseguradora u otra Compañía) Compañía \_\_\_\_\_ No. de siniestro \_\_\_\_\_

Fecha de los primeros síntomas del evento DD MM AA

Describe el motivo de la atención médica \_\_\_\_\_

Fecha de la primera atención médica DD MM AA

\_\_\_\_\_

Donde ocurrió y/o donde fue atendido \_\_\_\_\_

Si es Accidente, Autoridad que tomó conocimiento \_\_\_\_\_

En caso de aplicar, indique Hospital en el que fue atendido \_\_\_\_\_ Días de estancia \_\_\_\_\_

- DOCUMENTOS A PRESENTAR:**
- Copia de la actuación del Ministerio Público (en caso de accidente)
  - Copia de la Identificación Oficial del Asegurado Afectado (IFE, Pasaporte, y en caso de menores de 5 años Acta de nacimiento)

En los términos de la Ley sobre el Contrato de Seguro, declaro que la información asentada en la presente, es verídica y que estoy consciente que la inexacta o falsa declaración de la misma, facultará a la empresa con la que tengo celebrado el contrato de seguro para considerarlo rescindido de pleno derecho, sin perjuicio de las acciones que procedan. Autorizo a los Médicos que me hayan asistido o examinado, a los hospitales, sanatorios, clínicas, 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 la Compañía Aseguradora, aún cuando no exista una orden judicial o administrativa, toda la información que se requiera, incluyendo datos personales sensibles, tal y como historia clínica completa, indicaciones médicas, resultados de estudios de laboratorio y gabinete y demás información contenida en mi expediente clínico, así como todo aquello que pueda ser útil para la evaluación correcta de mi reclamación.

Para los mismos fines, autorizo a las Compañías de Seguros a las que previamente haya solicitado o con las que haya contratado algún seguro, para que proporcionen la información de su conocimiento. Relievo de cualquier responsabilidad y del secreto médico a las personas responsables de proporcionar dicha información.

Por lo anterior, manifiesto, bajo protesta de decir verdad, que se ha hecho de mi conocimiento la finalidad para la cual serán tratados mis datos personales, incluso los sensibles y patrimoniales, conforme al Aviso de Privacidad de la Aseguradora con la que tengo celebrado el contrato que fue puesto a mi disposición, por lo que otorgo mi consentimiento para que se realicen las gestiones necesarias para el trámite de la presente reclamación, incluso en caso de error u omisión de mi parte al anotar la razón social de la Aseguradora.

En caso de haber proporcionado datos personales, sensibles o patrimoniales de otros titulares, me obligo a informarles lo anterior, así como los lugares en donde se encuentra a su disposición el Aviso de Privacidad de la Aseguradora con la que tengo celebrado el contrato.

\_\_\_\_\_  
NOMBRE Y FIRMA DEL ASEGURADO AFECTADO  
(tratándose de un menor de edad, deberá firmar el ASEGURADO TITULAR)

**El presente formato está registrado ante la CNSF, por la Institución de Seguros correspondiente, en términos de lo dispuesto por los artículos 36, 36A, 36B y 36D de la Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros.**