

INSTRUCCIONES:

1. Este cuestionario deberá ser llenado y firmado por el asegurador 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

Aviso de accidente o enfermedad

 Motivo de la reclamación: Reembolso Pago directo Programación de cirugía-tratamiento

 Tipo de reclamación: Accidente Enfermedad Embarazo

Datos del asegurado

Nombre o razón social del contratante				Número de póliza	
Apellido paterno, materno y nombre del asegurado titular				RFC o CURP	
Apellido paterno, materno y nombre del asegurado afectado				RFC o CURP	
Número certificado del afectado		Fecha de alta		Nacionalidad	
Fecha de nacimiento		Sexo		Teléfono (clave lada)	
Parentesco con el titular		Correo electrónico (opcional)			
Domicilio					
Calle				Número exterior	
Número interior					
Colonia		Código Postal		Estado	
Delegación		Lugar donde trabaja / Empresa		Giro de la empresa	
Ocupación					

Gastos anteriores

¿Ha presentado gastos anteriores por este padecimiento o accidente en esta u otra compañía? Sí No - Si su respuesta fué afirmativa, complete a continuación:

Número de siniestro	Compañía	Fecha de alta
	Compañía	

¿Actualmente tiene otro seguro? ¿Cuál?

--

Incidente

Tipo de reclamación: Inicial 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

Fecha en que visitó por primera vez al médico por esta enfermedad

Indique el motivo de su reclamación

Si es accidente, detalle ¿cómo fue?
Autoridad que tomó conocimiento del accidente (anexar copias del Ministerio Público)

En caso de accidente automovilístico

¿Cuenta con seguro de automóvil? Sí No

Nombre de la compañía	Número de póliza	Cobertura	Compañía del tercero

Hospitalización

¿Estuvo hospitalizado? Sí No

Días de estancia

Nombre del hospital en que fue atendido

¿Qué estudios le realizaron para el diagnóstico y/o tratamiento?

Nombre del médico tratante

Especialidad

Dirección

Teléfono y/o E-mail

Médicos que ha consultado en los últimos dos años

Fecha	Causa	Nombre del médico / especialidad	Teléfono y/o E-mail
Día Mes Año			
Día Mes Año			
Día Mes Año			

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 radiológicos 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.

Notas: Se le informa que la inexacta o falsa declaración proporcionada en el siguiente cuestionario releva de toda responsabilidad a la institución.

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 Zurich Vida Compañía de Seguros, S.A., aún cuando no exista una orden judicial o administrativa toda la información referente a mis antecedentes personales patológicos, historia clínica, 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 Zurich Vida Compañía de Seguros, S.A., lo considere oportuno, inclusive después de mi fallecimiento. Con la presente autorización revelo de cualquier responsabilidad derivada del secreto médico a las personas responsables de proporcionar información requerida, así mismo 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 Zurich Vida Compañía de Seguros, S.A., la información de su conocimiento y que a su vez Zurich Vida Compañía de Seguros, S.A., proporcione a cualquier otra empresa del sector asegurador la información requerida 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
Día Mes Año	Lugar

Este documento está registrado ante la Comisión Nacional de Seguros y de Fianzas, de conformidad con lo dispuesto en los artículos 36A y 36B de la Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros, por oficio 06-367-I-1.1/19376 de fecha 26 de junio de 1995.