

**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 _____		TELÉFONO DE CONTACTO _____
DÍA _____	MES _____	AÑO _____			CLAVE LADA ( ) _____
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?  SI  NO      SI SU RESPUESTA FUE AFIRMATIVA INDIQUE No. DE SINIESTRO \_\_\_\_\_

COMPAÑÍA \_\_\_\_\_ FECHA DE ALTA \_\_\_\_\_

DÍA \_\_\_\_\_ MES \_\_\_\_\_ AÑO \_\_\_\_\_

¿ACTUALMENTE TIENE OTRO SEGURO?  SI  NO      COMPAÑÍA \_\_\_\_\_

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 \_\_\_\_\_

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?  SI  NO      NOMBRE DE LA COMPAÑÍA \_\_\_\_\_

COBERTURA \_\_\_\_\_ SUMA ASEGURADA \_\_\_\_\_ NO. DE PÓLIZA \_\_\_\_\_ COMPAÑÍA DEL TERCERO \_\_\_\_\_

HOSPITAL EN QUE FUE ATENDIDO \_\_\_\_\_ ESTUVO HOSPITALIZADO  SI  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 \_\_\_\_\_