

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.
- 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

Accidente ☐ Embarazo ☐ Enfermedad ☐

Nombre o razón social del contratante _____		No. de póliza	
Apellido paterno, materno y nombre del asegurado titular _____		R.F.C. o CURP	
Apellido paterno, materno y nombre del asegurado afectado _____		R.F.C. o CURP	
No. de certificado del afectado _____		Fecha de alta <div style="display: flex; justify-content: space-between; font-size: small;"> <div>Día</div> <div>Mes</div> <div>Año</div> </div>	
Nacionalidad _____		Fecha de nacimiento <div style="display: flex; justify-content: space-between; font-size: small;"> <div>Día</div> <div>Mes</div> <div>Año</div> </div>	
Sexo <div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 20px; margin-top: 5px;"></div>	Parentesco con el titular <div style="border: 1px solid black; width: 180px; height: 20px; margin-top: 5px;"></div>	Teléfono de contacto <div style="border: 1px solid black; width: 280px; height: 20px; margin-top: 5px;"></div>	
Domicilio /calle _____		Clave lada () <div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 20px; margin-top: 5px;"></div>	
Colonias _____		No. exterior <div style="border: 1px solid black; width: 60px; height: 20px; margin-top: 5px;"></div>	No. interior <div style="border: 1px solid black; width: 60px; height: 20px; margin-top: 5px;"></div>
C.P. <div style="border: 1px solid black; width: 60px; height: 20px; margin-top: 5px;"></div>	Estado <div style="border: 1px solid black; width: 140px; height: 20px; margin-top: 5px;"></div>	Delegación <div style="border: 1px solid black; width: 180px; height: 20px; margin-top: 5px;"></div>	
Lugar donde trabaja/empresa _____		Ocupación o profesión <div style="border: 1px solid black; width: 180px; height: 20px; margin-top: 5px;"></div>	
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 <div style="display: flex; justify-content: space-between; font-size: small;"> <div>Día</div> <div>Mes</div> <div>Año</div> </div>	
¿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 _____			
Fecha en que visitó por primera vez al médico por esta enfermedad _____			
Indique el diagnóstico motivo de su reclamación _____			
Si es accidente detallese, ¿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 _____

¿Que 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 radiológicos de gabinete.
- 3.- Copia de identificación oficial del asegurado afectado (IFE o INE, 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.

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

Autorizo a los médicos que me hayan asistido o examinado, a los hospitales, clínicas, sanatorios, laboratorios, establecimientos de salud, a los que haya acudido para tratamiento y/o diagnóstico de cualquier enfermedad, accidente, o lesión, a las autoridades judiciales o administrativas que hayan tenido conocimiento de mi caso para que proporcionen a Seguros Atlas, S.A., 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 Seguros Atlas, S.A. lo considere oportuno para la correcta evaluación de mi reclamación, 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 Seguros Atlas, S.A. la información de su conocimiento y que a su vez Seguros Atlas, S.A. 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.

AVISO DE PRIVACIDAD SIMPLIFICADO PARA CLIENTES

(Proponentes y solicitantes, contratantes, asegurados, beneficiarios, fideicomitentes, fideicomisarios y proveedores de recursos)

En cumplimiento con lo dispuesto por la Ley Federal de Protección de Datos Personales en Posesión de los Particulares, Seguros Atlas, S.A. (Seguros Atlas) con domicilio en Paseo de los Tamarindos No. 60- PB, Col. Bosques de las Lomas, 05120 México, D.F. Tel.: (55)9177-50-00, hace de su conocimiento que tratará los datos personales generales y sensibles que Usted proporcione para la evaluación de su solicitud de seguro y selección de riesgos y, en su caso, emisión del contrato de seguro, trámite de sus solicitudes de pago de siniestros, administración, mantenimiento y renovación de la póliza de seguro, prevención de fraude y operaciones ilícitas, para información estadística así como para todos los fines relacionados con el cumplimiento de nuestras obligaciones de conformidad con lo establecido en el propio contrato, la Ley sobre el Contrato de Seguro y en la normatividad aplicable.

Para mayor información ponemos a su disposición, nuestra página de internet www.segurosatlas.com.mx en donde usted podrá consultar nuestro Aviso de Privacidad Integral, así como los mecanismos para hacer valer su derecho ARCO.

CONSENTIMIENTO

En cumplimiento con lo dispuesto por la Ley Federal de Protección de Datos personales en Posesión de los Particulares, autorizo a Seguros Atlas, S.A., a tratar y, en su caso, transferir mis datos personales, los sensibles y los patrimoniales o financieros, para todos los fines vinculados con la relación jurídica que tengamos celebrado o que en su caso, se celebre, así como para los indicados en el Aviso de Privacidad, cuyo contenido conozco y que previamente se ha puesto a mi disposición.

En caso de haber proporcionado datos personales, sensibles, patrimoniales o financieros de otros titulares, me obligo a hacer del conocimiento de dichos titulares que he proporcionado tales datos a Seguros Atlas, S.A. y a hacer de su conocimiento los lugares en donde se encuentra a su disposición el referido Aviso de Privacidad.

Nota importante:

El servicio que el hospital le proporcione conformará una relación contractual entre el hospital, el médico que lo atendió y usted. Por consiguiente, la responsabilidad de la atención médica será del hospital, el médico o de ambos frente al paciente, ya que usted los eligió libremente, Seguros Atlas, S.A. no tendrá responsabilidad profesional ni legal derivada de ésta relación.

Fecha Día Mes Año Lugar _____

Nombre y firma del titular

Nombre y firma del afectado

La documentación contractual que integra este producto, está registrada ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, de conformidad con lo dispuesto por los artículos 36, 36-A, 36-B, y 36-D de la Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros, bajo el registro número _____ de fecha _____.