

## FORMATO DE RECLAMACIÓN DEL SEGURO INDEMNIZACIÓN HOSPITALARIA ATLAS MED

### Muy importante

Por el hecho de proporcionar este formulario o investigar la reclamación, Seguros Atlas, S.A. no queda obligada a admitir validez de ninguna reclamación ni el monto de ella, ni a renunciar a los derechos que le correspondan conforme a la ley y al clausulado de la póliza.

#### Instrucciones:

- 1.- Este formato 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.

| Información general de la póliza                           |                   |  |                                  |                   |
|--|-------------------|--|----------------------------------|-------------------|
| Nombre o Razón Social del contratante:                     |                   | No. de Póliza:   |                                  | No. de Siniestro: |
| Apellido paterno, materno y nombre del asegurado titular:  |                   | CURP:  |                                  | RFC:              |
| Apellido paterno, materno y nombre del asegurado afectado: |                   | CURP:  |                                  | RFC:              |
| Ocupación del asegurado afectado:                          | Nacionalidad:     | Género:<br><input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F | Fecha de Nacimiento: Día/Mes/Año |                   |
| Domicilio/Calle:   |                   |  |                                  |                   |
| No. Exterior e Interior:                                   | Código Postal:    | Colonia:   |                                  |                   |
| Delegación o Municipio:                                    |                   | Ciudad:  | Estado:                          |                   |
| Teléfono domicilio:  | Teléfono Celular: | E-mail:  | Edad:                            | Estado Civil:     |

| Información del siniestro  |  |
|--|--|
| Cobertura reclamada:<br><input type="checkbox"/> Indemnización diaria por hospitalización <input type="checkbox"/> Cirugía | Causa:<br><input type="checkbox"/> Accidente <input type="checkbox"/> Enfermedad |
| Nombre del hospital:   |  |
| Dirección hospital donde se atendió:   | Teléfono Hospital:   |
| Fecha de hospitalización (Día/Mes/Año):<br>Ingreso: _____ Egreso: _____  | Número de días de Hospitalización:<br>_____                                      |
| Descripción del padecimiento:  |  |
| Nombre de la cirugía:  |  |

**Documentos a presentar:**

- 1.- Copia de identificación oficial vigente del asegurado afectado (INE, pasaporte y en caso de menores de 5 años de edad presentar acta de nacimiento).
- 2.- Documento emitido por la institución de salud que indique el tiempo y el motivo de la hospitalización y copia del resumen clínico.

**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., aun 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](http://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 para el Asegurado titular y Afectado:** El servicio que el hospital 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.

\_\_\_\_\_  
Nombre y firma del titular

\_\_\_\_\_  
Nombre y firma del afectado

**“En cumplimiento a lo dispuesto en el artículo 202 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas, la documentación contractual y la nota técnica que integran este producto de seguro, quedaron registradas ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, a partir del día 26 de Julio del 2016, con el número CNSF-S0023-0507-2016”.**