

# 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		<table border="0"> <tr> <td>Día</td> <td>Mes</td> <td>Año</td> </tr> <tr> <td>/</td> <td>/</td> <td>/</td> </tr> <tr> <td>Día</td> <td>Mes</td> <td>Año</td> </tr> <tr> <td>/</td> <td>/</td> <td>/</td> </tr> </table>		Día	Mes	Año	/	/	/	Día	Mes	Año	/	/	/
Día	Mes	Año															
/	/	/															
Día	Mes	Año															
/	/	/															
Nacionalidad _____		Fecha de nacimiento		<table border="0"> <tr> <td>Día</td> <td>Mes</td> <td>Año</td> </tr> <tr> <td>/</td> <td>/</td> <td>/</td> </tr> </table>		Día	Mes	Año	/	/	/						
Día	Mes	Año															
/	/	/															
Sexo	Parentesco con el titular	Correo electrónico	Teléfono de contacto Clave lada ( )														
Domicilio /calle			No. exterior	No. interior													
Colonia	C.P.	Estado	Delegación	Ocupación o 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														
			<table border="0"> <tr> <td>Día</td> <td>Mes</td> <td>Año</td> </tr> <tr> <td>/</td> <td>/</td> <td>/</td> </tr> </table>			Día	Mes	Año	/	/	/						
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 visitó por primera vez al médico por esta enfermedad

Día    Mes    Año  
\_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

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 \_\_\_\_\_ Fecha    

Día	Mes	Año
/	/	/

 \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Tel. y/o e-mail \_\_\_\_\_

**Documentos a presentar:**

- 1.- Copia de la actuación del ministerio público (en caso de accidente).
- 2.- Copia del expediente médico de la institución en donde se atendió.
- 3.- Interpretación de estudios radiológicos de gabinete.
- 4.- Copia de identificación oficial del asegurado afectado (IFE o INE, pasaporte y en caso de menores de 5 años acta de nacimiento).
- 5.- Recibos de gastos que cuenten con los requisitos fiscales (quedarán sin validez, copias, recibos provisionales, estados de cuenta, etc.)
- 6.- 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](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:

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 afectado

\_\_\_\_\_  
Nombre y firma de quien revisó

“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 20 de Febrero de 2015, con el número CGEN-S0023-0015-2015 y a partir del día 27 de Febrero de 2015, con el número CGEN-S0023-0018-2015.”