

Formato de aviso de accidente y/o enfermedad



1. Este formato deberá ser llenado por el Asegurado con letra de molde y una sola tinta.
2. Es necesario llenar el formato en su totalidad y proporcionar información completa y detallada.
3. Por el hecho de proporcionar este formato, 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

No. de Siniestro

Año

Programación de Tratamiento Médico o Quirúrgico ☐

Ingreso Hospitalario ☐

Reembolso ☐

Nombre o Razón Social del Contratante

APELLIDO PATERNO, APELLIDO MATERNO, NOMBRE(S)

Ramo:

Póliza:

Certificado:

Nombre del Titular

APELLIDO PATERNO, APELLIDO MATERNO, NOMBRE(S)

Nombre del Afectado

APELLIDO PATERNO, APELLIDO MATERNO, NOMBRE(S)

Estado Civil

Fecha de nacimiento

Nacionalidad

Género

País de nacimiento

Ocupación

DD / MM / AAAA

F

M

Domicilio de Contacto

CALLE, NÚM. EXT., NÚM. INT., DELEGACIÓN O MUNICIPIO, C.P., ESTADO

E-mail del Asegurado Titular y/o Afectado

Teléfono (s) para contacto, favor de incluir LADA

Teléfono (s) para contacto, favor de incluir LADA

Oficina

Móvil

Otro

Tipo de atención

Accidente ☐

Enfermedad ☐

Embarazo:

Parto ☐

Cesárea ☐

En caso de accidente automovilístico, favor de proporcionar los datos del seguro de auto

Nombre de la compañía de seguros

No. de Póliza

Tipo de reclamación

Inicial (es la primera vez que presenta gastos por este evento) ☐

Complementaria (cuando ya se han presentado gastos por este evento en esta Aseguradora u otra Compañía) ☐

En caso de reclamación complementaria, favor de indicar diagnóstico

Compañía de seguros

No. de Siniestro

Fecha de los primeros síntomas del evento

Fecha de la primera atención médica

DD / MM / AAAA

DD / MM / AAAA

Describe el motivo de la atención médica

¿Dónde ocurrió y/o dónde fue atendido?

Si es accidente, autoridad que tomó conocimiento

En caso de aplicar, indique hospital en el que fue atendido

Días de estancia

Documentos a presentar: 1. Copia de la actuación del Ministerio Público y/o autoridad competente.

2. Copia de la Identificación Oficial del Asegurado Afectado (INE, Pasaporte, y en caso de menores de 5 años Acta de nacimiento).

En los términos de la ley sobre el Contrato de Seguro, declaro que la información asentada en la presente, es verídica y que estoy consiente que la inexacta o falsa declaración de la misma, facultará a la empresa con la que tengo celebrado el contrato de seguro para considerarlo rescindido de pleno derecho, sin perjuicio de las acciones que procedan.

Autorizo a los Médicos que me hayan asistido o examinado, a los hospitales, sanatorios, clínicas, laboratorios y/o establecimientos de salud a los que haya acudido para tratamiento y/o diagnóstico de cualquier, accidente o lesión y/o a las autoridades judiciales o administrativas que hayan tenido conocimiento de mi caso para que proporcionen a la Compañía Aseguradora, aún cuando no exista una orden judicial o administrativa, toda la información que se requiera, incluyendo datos personales sensibles, tal y como historia clínica completa, indicaciones médicas, resultados de estudios de laboratorio y gabinete y demás información contenida en mi expediente clínico, así como todo aquello que pueda ser útil para la evaluación.

Para los mismos fines, autorizo a las Compañías de Seguros a las que previamente haya solicitado o con las que haya contratado algún seguro, para que proporcionen la información de su conocimiento. Relevos de cualquier responsabilidad y del secreto médico a las personas responsables de proporcionar dicha información.

Por lo anterior, manifiesto, bajo protesta de decir verdad, que se ha hecho de mi conocimiento la finalidad para la cual serán tratados mis datos personales, incluso los sensibles y patrimoniales, conforme al Aviso de privacidad de la Aseguradora con la que tengo celebrado el contrato que fue puesto a mi disposición, por lo que otorgo mi consentimiento para que se realicen las gestiones necesarias para el trámite de la presente reclamación, incluso en caso de error u omisión de mi parte al anotar la razón social de la Aseguradora.

En caso de haber proporcionado datos personales, sensibles o patrimoniales de otros titulares, me obligo a informarles lo anterior, así como los lugares en donde se encuentra a su disposición el Aviso de Privacidad de la Aseguradora con la que tengo celebrado el contrato.

Al informar sus datos personales generales y sensibles en este documento y firmar el mismo, otorga su consentimiento expreso para que los mismos se utilicen con fines relacionados al servicio conforme al Aviso de Privacidad cuyo texto completo puede encontrar en www.zurich.com.mx

Altamente confidencial

Nombre y Firma del Titular

Nombre y Firma de Asegurado afectado
(Tratándose de un menor de edad, deberá firmar el Asegurado Titular)