

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		Día / Mes / Año _____ / _____ / _____		
Nacionalidad _____		Fecha de nacimiento		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		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? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	
Nombre de la compañía _____	
Cobertura _____ Suma asegurada _____ No. de póliza _____	
Compañía del tercero _____ Hospital en que fue atendido _____	
Estuvo hospitalizado <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> 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 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

"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."