

Seguros Salud

NOMBRE ASEGURADORA
BBVA Bancomer Seguros Salud, S.A. de C.V., Grupo Financiero BBVA Bancomer.

N.º DE SINIESTRO	N.º DE PÓLIZA	N.º DE TRÁMITE	N.º DE CERTIFICADO
------------------	---------------	----------------	--------------------

1. Este formato deberá ser llenado y firmado por el asegurado con letra de molde y a 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.

Programación de tratamiento médico o quirúrgico Solicitud de autorización por ingreso hospitalario Reembolso

Nombre del Contratante o razón social del Contratante			
Nombre del titular			
Nombre(s)	Apellido Paterno	Apellido Materno	
Nombre Asegurado afectado (paciente)			
Nombre(s)	Apellido Paterno	Apellido Materno	
Fecha de nacimiento	Estado civil	Ocupación	Sexo
Día Mes Año			<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
Domicilio (calle, número, colonia)			
Ciudad	Estado	C.P.	
Nacionalidad	Empresa donde trabaja	Giro de la empresa	
E-mail del Asegurado titular y/o afectado	Teléfono(s) para contacto, favor de incluir LADA		
	Casa	Oficina	Móvil Otro

TIPO DE EVENTO

<input type="checkbox"/> Accidente <input type="checkbox"/> Enfermedad <input type="checkbox"/> Embarazo	En caso de accidente automovilístico, favor de proporcionar los datos del seguro de auto Nombre de la compañía de seguros: _____ N.º de póliza: _____
--	---

TIPO DE RECLAMACIÓN

Inicial (es la primera vez que presenta gastos por este evento) <input type="checkbox"/>	Complementaria (cuando ya se han presentado gastos por este evento en esta aseguradora u otra compañía) <input type="checkbox"/>	
En caso de reclamación complementaria, favor de indicar:		
Diagnóstico: _____		
Compañía: _____ Número de siniestro: _____		
Fecha de los primeros síntomas del evento	Fecha de la primera atención médica	¿Dónde ocurrió y/o dónde fue atendido?
Día Mes Año	Día Mes Año	
Si es accidente, autoridad que tomó conocimiento	Describa el motivo de atención médica	
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 (en caso de accidente automovilístico)
2. Copia de la identificación oficial del Asegurado afectado (IFE, Pasaporte, y en caso de menores de 5 años acta de nacimiento)
3. Para revisar actualizaciones de los documentos a presentar le solicitamos consultar la **guía de trámites** en la página web: www.bbvasegurosalud.com.mx

En los términos de la Ley Sobre el Contrato de Seguro, declaro que la información asentada en la presente es verídica y que estoy consciente 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 enfermedad, 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 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 correcta de mi reclamación.

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. Relevo de cualquier responsabilidad y del secreto médico a las personas responsables de proporcionar dicha información.

Por lo anterior manifiesto, bajo protesta de decir la 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 donde se encuentra a su disposición el aviso de privacidad de la aseguradora con la que tengo celebrado el contrato.

BBVA Bancomer Seguros Salud S.A de C.V., Grupo Financiero BBVA Bancomer, Avenida Paseo de la Reforma No. 510, Colonia Juárez, Alcaldía Cuauhtémoc, C.P. 06600, Ciudad de México, recaba sus datos personales, patrimoniales, financieros y sensibles para verificar su identidad, administrar, operar y dar seguimiento a los servicios y productos que solicita o contrata con nosotros. Podrá consultar el Aviso de Privacidad Integral en cualquiera de nuestras oficinas y en **www.bbva.mx**

Otorgo mi consentimiento a BBVA Bancomer Seguros Salud S.A de C.V., Grupo Financiero BBVA Bancomer, para que se traten mis datos personales y sensibles de conformidad con el Aviso de Privacidad.

NOMBRE Y FIRMA DEL ASEGURADO AFECTADO
(tratándose de un menor de edad, deberá firmar el ASEGURADO TITULAR)

Lugar y fecha _____