

Formato de aviso de accidente y/o enfermedad



- Este formato deberá ser llenado y firmado por el Asegurado con letra de molde y a una sola tinta.
- Es necesario llenar el formato en su totalidad y proporcionar información completa y detallada.
- 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.
- Este documento no será válido con tachaduras, enmendaduras y de lo declarado no se aceptan cambios posteriores.

No. de Siniestro	
No. de Trámite	

<input type="checkbox"/> Programación de Tratamiento Médico o Quirúrgico	<input type="checkbox"/> Solicitud de Autorización por Ingreso Hospitalario	<input type="checkbox"/> Reembolso
Nombre o Razón Social del Contratante		
Nombre del Titular (Apellido paterno, Apellido materno, Nombre(s) Asegurado afectado (Paciente))		Estado Civil
		Sexo <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M
Nacionalidad	País de nacimiento	Fecha de nacimiento DD MM AAAA
Ocupación	No. de Póliza	No. de Certificado
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 Casa
Teléfono (s) para contacto, favor de incluir LADA 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		No. de Póliza

Tipo de reclamación		
<input type="checkbox"/> 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)	
En caso de reclamación complementaria, favor de indicar Diagnóstico		Compañía
No. de siniestro	Fecha de los primeros síntomas del evento DD MM AAAA	Fecha de la primera atención médica DD MM AAAA
Describa 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 (en caso de accidente).
2. Copia de la Identificación Oficial del Asegurado Afectado (IFE, 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 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 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 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. Relevo 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 éste 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.

Nombre y Firma del Asegurado afectado.

(tratándose de un menor de edad, deberá firmar el Asegurado Titular)

El presente formato está registrado ante la CNSF, por la Institución de Seguros correspondiente, en términos de lo dispuesto por los artículos 36, 36A, 36B y 36D de la Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros.

Zurich Vida Compañía de Seguros, S.A., Corporativo Antara I, Ejército Nacional 843-B, Col. Granada, Delegación Miguel Hidalgo, C.P. 11520, México D.F.