

**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 Y DETALLADA.
- 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. Ó C.U.R.P. _____	
APELLIDO PATERNO, MATERNO Y NOMBRE DEL ASEGURADO AFECTADO _____		R.F.C. Ó C.U.R.P. _____	
NO. CERTIFICADO DEL AFECTADO _____	FECHA DE ALTA _____	DIA   MES   AÑO	NACIONALIDAD _____
FECHA DE NACIMIENTO _____	SEXO _____	PARENTESCO CON EL TITULAR _____	CORREO ELECTRÓNICO _____
DÍA   MES   AÑO		<b>(OPCIONAL)</b>	
DOMICILIO / CALLE _____		NO. EXTERIOR _____	NO. INTERIOR _____
C.P. _____		COLONIA _____	
ESTADO _____	DELEGACIÓN _____	OCUPACIÓN ó PROFESIÓN _____	LUGAR DONDE TRABAJA / EMPRESA _____
GIRO DE LA EMPRESA _____		TELÉFONO DE CONTACTO _____	
CLAVE LADA ( ) _____			

¿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 \_\_\_\_\_

DIA | 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 VISITO POR PRIMERA VEZ AL MÉDICO POR ESTA ENFERMEDAD \_\_\_\_\_

DÍA | MES | AÑO

INDIQUE EL DIAGNÓSTICO MOTIVO DE SU RECLAMACIÓN \_\_\_\_\_

SI ES ACCIDENTE DETÁLLESE, ¿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 \_\_\_\_\_

¿QUÉ 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 Y FECHA \_\_\_\_\_

DIA | MES | AÑO

TEL. Y / O E-MAIL \_\_\_\_\_

**DOCUMENTOS A PRESENTAR:**

- 1.- COPIA DE LA ACTUACIÓN DEL MINISTERIO PÚBLICO O ATENCIÓN RECIBIDA DE LA INSTITUCIÓN (EN CASO DE ACCIDENTE).
- 2.- INTERPRETACIÓN DE ESTUDIOS RADIOLÓGICOS O DE GABINETE.
- 3.- COPIA DE IDENTIFICACIÓN OFICIAL DEL ASEGURADO AFECTADO (IFE, PASAPORTE, Y EN CASO DE MENORES DE 5 AÑOS ACTA DE NACIMIENTO).
- 4.- RECIBOS DE GASTOS QUE CUENTEN CON LOS REQUISITOS FISCALES (QUEDARÁN SIN VALIDEZ COPIAS, RECIBOS PROVISIONALES, ESTADOS DE CUENTA, ETC).
- 5.- POR CADA MÉDICO TRATANTE SE DEBERÁN LLENAR LOS INFORMES MÉDICOS CORRESPONDIENTES Y SU PARTICIPACIÓN EN EL EVENTO.
- 6.- COPIA DE IDENTIFICACIÓN OFICIAL PARE EL CONTRATANTE (IFE, PASAPORTE), SÓLO SI ES PERSONA FÍSICA.

**NOTA:**  
AUTORIZO A LOS MÉDICOS QUE ME HAYAN ASISTIDO O EXAMINADO, A LOS HOSPITALES, CLÍNICAS, SANATORIOS, 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 **SERVICIOS INTEGRALES DE SALUD NOVA, S.A. DE C.V.** AÚN CUANDO NO EXISTA UNA ORDEN JUDICIAL O ADMINISTRATIVA TODA LA INFORMACION 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 **SERVICIOS INTEGRALES DE SALUD NOVA, S.A. DE C.V.**, LO CONSIDERE OPORTUNO, 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 **SERVICIOS INTEGRALES DE SALUD NOVA, S.A. DE C.V.** LA INFORMACIÓN DE SU CONOCIMIENTO Y QUE A SU VEZ **SERVICIOS INTEGRALES DE SALUD NOVA, S.A. DE C.V.** 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

\_\_\_\_\_      \_\_\_\_\_

**NOMBRE Y FIRMA DEL TITULAR**      **NOMBRE Y FIRMA DEL AFECTADO**

FECHA \_\_\_\_\_      LUGAR \_\_\_\_\_

DIA | MES | AÑO