



FAE 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
- ☐ 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	
FECHA DE NACIMIENTO		SEXO	
PARENTESCO CON EL TITULAR		CORREO ELECTRÓNICO	
TELÉFONO DE CONTACTO		CLAVE LADA ()	
DOMICILIO / CALLE		NO. EXTERIOR	
NO. INTERIOR		COLONIA	
C.P.		ESTADO	
DELEGACIÓN		OCUPACIÓN Ó 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

¿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

FECHA EN QUE VISITO POR PRIMERA VEZ AL MÉDICO POR ESTA ENFERMEDAD

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

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 RADIOLOGICOS 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 PARA EL CONTRATANTE (IFE, PASAPORTE) SOLO 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 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 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 ASU 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