

# Aviso de Accidente o Enfermedad

 Fecha:  DÍA  MES  AÑO

- INSTRUCCIONES:** 1. Este formulario deberá ser requisitado y firmado por el Asegurado con letra de molde.  
 2. Es necesario llenar este formulario en su totalidad y proporcionar 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 formulario no será válido con tachaduras, enmendaduras y de lo declarado no se aceptarán cambios posteriores.

<b>Tipo de reclamación</b> <input type="radio"/> Pago Directo <input type="radio"/> Programación de Cirugía <input type="radio"/> Reembolso	<b>Motivo de reclamación</b> <input type="radio"/> Accidente <input type="radio"/> Enfermedad <input type="radio"/> Embarazo
--	---

## Datos del Contratante o Razón social

 Nombre:  Nombre (s)  Apellido Paterno  Apellido Materno

## Datos del Titular de la Póliza

 Nombre:  Nombre (s)  Apellido Paterno  Apellido Materno

## Datos del Asegurado afectado (Todos los datos son obligatorios)

 Nombre:  Nombre (s)  Apellido Paterno  Apellido Materno

 Fecha de nacimiento:  DÍA  MES  AÑO Sexo:  Masculino  Femenino Nacionalidad: 

 País de nacimiento:  Parentesco con el Titular:  Correo electrónico: 

 Teléfono particular:  Teléfono de oficina:  Extensión:  Teléfono celular: 

 Calle:  No. exterior:  No.interior:  Colonia: 

 C.P.  Delegación o Municipio:  Ciudad o Población: 

 Ocupación:  Nombre de la empresa donde trabaja: 

 ¿Ha presentado gastos anteriores por este padecimiento o accidente en esta o otra compañía?  Si  No ¿Con qué compañía? 

 ¿Actualmente tiene otro Seguro?  Si  No ¿De qué tipo?  ¿Con qué compañía? 

 Fecha en que ocurrió el accidente o aparición de los primeros signos y síntomas de la enfermedad:  DÍA  MES  AÑO

 Fecha en que visitó por primera vez al Médico por esta enfermedad: 

 Indique el diagnóstico motivo de su reclamación: 

En este espacio indique el tipo de alteraciones y/o síntomas que presentó enfatizando ¿dónde, cómo y cuándo ocurrió?

En caso de accidente automovilístico ¿ Cuenta con seguro de auto?

 Si  No Número de Póliza: 

 Nombre de la Compañía Aseguradora: 

 ¿Estuvo Hospitalizado?  Si  No Días de estancia: 

 Hospital en el que fue atendido: 

## Datos del Médico Tratante

 Nombre:  Nombre (s)  Apellido Paterno  Apellido Materno

 Especialidad:  Teléfono Consultorio:  Extensión:  Teléfono Celular: 

**Nota: Este formato debe ir acompañado siempre de la siguiente documentación.**

- Copia de la actuación del Ministerio Público o atención recibida de la institución jurídica (en caso de accidente de auto, asalto, agresión o riña, así como en los casos que de acuerdo a las lesiones y/o padecimiento Plan Seguro considere necesario).
- Copia de la interpretación de estudios de imagen, laboratorio o estudios hispatológicos que le fueron practicados.
- Copia de la identificación oficial del Asegurado afectado (INE, pasaporte, cartilla de servicio militar, acta de nacimiento para menores de 5 años).
- Los recibos originales de gastos deben cumplir los requisitos fiscales vigentes (no tienen validez copias, recibos provisionales, cuentas parciales, carta factura, etc.)
- Cada Médico tratante deberá llenar adecuadamente el Informe Médico correspondiente, así como detallar su participación en la atención que le proporcionó.

### Importante:

Se les informa que la inexacta o falsa declaración proporcionada en el presente formato, releva de toda responsabilidad a Plan Seguro, Compañía de Seguros, S.A. de C.V. Autorizo a los Médicos que me hayan asistido o examinado, a los hospitales, sanatorios o clínicas a los que haya ingresado para estudio, diagnóstico o tratamiento de cualquier padecimiento o lesión para que proporcionen toda la información que se requiera tales como resultados de estudios de laboratorio y gabinete, historia clínica completa, indicaciones médicas y todo aquello que pueda ser útil para la evaluación correcta de mi reclamación en relación a lo anterior relevo de cualquier responsabilidad y del secreto médico a las personas responsables de proporcionar la información, así mismo autorizo a las compañías de seguros a las que previamente he solicitado pólizas que proporcionen la información de su conocimiento para la correcta evaluación de mi reclamación. Plan Seguro, con domicilio en Periférico Sur No. 4355, Col. Jardines en la montaña, Delegación Tlalpan, C.P. 14210 en Ciudad de México, hace conocimiento que sus Datos Personales tanto Sensibles como Patrimoniales, que sean recabados y/o generados derivado de la relación jurídica que se realice, exista o concluya, se tratarán únicamente para fines relacionados con el cumplimiento de dicha relación. El aviso integral podrá encontrarlo en el sitio web [www.planseguro.com.mx](http://www.planseguro.com.mx)

Nombre y firma del Titular

Nombre y firma de Aseguro afectado

Porque prevenir es Salud  
 Servicio Seguro **01 800 277 1234**  
**planseguro.com.mx**


[servicioseguro@planseguro.com.mx](mailto:servicioseguro@planseguro.com.mx)

# Cuestionario para determinar causa del accidente

Póliza: 

Fecha del accidente:

DÍA

MES

AÑO

**INSTRUCCIONES:**

En caso de ser Accidente debe llenar el siguiente cuestionario.

Datos del Contratante			
Razón Social / Nombre:	Nombre (s)	Apellido Paterno	Apellido Materno
Datos del Asegurado afectado (Todos los datos son obligatorios)			
Nombre:	Nombre (s)	Apellido Paterno	Apellido Materno
Diagnóstico			
<input type="text"/>			
¿Dónde ocurrió el accidente? (Nombre del lugar y/o establecimiento)			
<input type="text"/>			
¿Qué causó el accidente?			
<input type="text"/>			
¿Cómo ocurrió el accidente?			
<input type="text"/>			
¿Usted considera que existe algún tercer responsable del accidente?	<input type="radio"/> SI	<input type="radio"/> No	¿Quién?
<input type="text"/>			
¿Sabe si el tercer responsable cuenta con póliza de seguro?	<input type="radio"/> SI	<input type="radio"/> No	¿Con qué compañía?
<input type="text"/>			
¿Alguna autoridad o persona del establecimiento tuvo conocimiento del accidente?	<input type="radio"/> SI	<input type="radio"/> No	¿Quién?
<input type="text"/>			
¿Cuenta con el número de acta, denuncia o reporte del accidente?	<input type="radio"/> SI	<input type="radio"/> No	¿Cuál?
<input type="text"/>			
¿Cómo ocurrió el accidente?			
<input type="text"/>			
<p>Plan Seguro, con domicilio en Periférico Sur no. 4355, Col. Jardines en la Montaña, Delegación Tlalpan, C.P. 14210 en Ciudad de México, hace de su conocimiento que sus datos personales tanto sensibles como patrimoniales, que sean recabados y/o generados derivado de la relación jurídica que se realice, exista o concluya, se tratarán únicamente para fines relacionados con el cumplimiento de dicha relación, el aviso integral podrá encontrarlo en el sitio web <a href="http://planseguro.com.mx">planseguro.com.mx</a>.</p>			
<hr/> <b>Nombre y firma del Titular</b>			