

Formato de aviso de accidente o enfermedad

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. o CURP _____
Apellido paterno, materno y nombre del asegurado afectado _____		R.F.C. o CURP _____
No. certificado del afectado _____	Fecha de alta _____	Nacionalidad _____
Fecha de nacimiento _____	Sexo <input type="checkbox"/>	Parentesco con el titular _____
Correo electrónico _____	Teléfono de contacto _____	
Domicilio /calle _____		Clave lada () _____
C.P. _____	Estado _____	Delegación _____
Ocupación o profesión _____	Lugar donde trabaja/empresa _____	Giro de la empresa _____
¿Ha presentado gastos anteriores por este padecimiento o accidente es esta u otra compañía? ____ Si ____ No		
Si su respuesta fue afirmativa indique No. de siniestro _____		Día _____ Mes _____ Año _____
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 visitó por primera vez al médico por esta enfermedad _____		
Indique el diagnóstico motivo de su reclamación _____		
si es accidente detallese, ¿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 _____		
¿Que 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 _____

Instrucciones:

- 1.- Este cuestionario deberá ser llenado y firmado por asegurado con letra de molde.
- 2.- Es necesario llenar la forma en su totalidad y dar información completa.
- 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.

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 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.

Nota: Se le informa que la inexacta o falsa declaración proporcionada en el presente cuestionario, releva de toda responsabilidad a la institución

Autorizo a los médicos que me hayan asistido o examinado, a los hospitales, clínicas, sanatorios, laboratorios, establecimientos de salud, a los que haya acudido para tratamiento y/o diagnóstico de cualquier enfermedad, accidente, o lesión, a las autoridades judiciales o administrativas que hayan tenido conocimiento de mi caso para que proporcionen a Seguros Atlas, S.A., 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 Seguros Atlas, S.A. lo considere oportuno para la correcta evaluación de mi reclamación, 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 autoriza a las compañías de seguros a las que previamente he solicitado la celebración de cualquier contrato o solicitud de seguros para que proporcionen a Seguros Atlas, S.A. la información de su conocimiento y que a su vez Seguros Atlas, S.A. 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.

AVISO DE PRIVACIDAD

En cumplimiento con lo dispuesto por la Ley Federal de Protección de Datos Personales en Posesión de los Particulares, Seguros Atlas, S.A. con domicilio en Paseo de los Tamarindos No. 60- PB, Col. Bosques de las Lomas, 05120 México, D.F. Tel.: (55)9177-50-00, hace de su conocimiento que sus datos personales, incluso los sensibles y los patrimoniales o financieros recabados, que se recaben o generados con motivo de la relación jurídica que tengamos celebrada, o que en su caso, se celebre, se tratarán para todos los fines vinculados con dicha relación, tales como: identificación, operación, administración, análisis, ofrecimiento y promoción de productos y servicios y/o prospección comercial, así como para cumplir las obligaciones derivadas de tal relación y otros fines compatibles o análogos, quedando convenido que Usted acepta la transferencia que pudiera realizarse a Terceros Nacionales o Extranjeros.

Para mantener el uso y divulgación de sus datos, mantendremos políticas y procedimientos de seguridad y confidencialidad.

El ejercicio de los derechos de acceso, rectificación, cancelación, oposición -a partir del 6 de enero de 2012- y la revocación del consentimiento deberá realizarse por escrito en la dirección citada.

El presente aviso, así como sus modificaciones estarán a su disposición en la página www.segurosatlas.com.mx, o a través de comunicados colocados en nuestras sucursales o informados mediante cualquier medio de comunicación que tengamos con Usted.

Nombre y firma del titular

Nombre y firma del afectado

Fecha Día Mes Año Lugar _____