

AVISO DE ACCIDENTE O ENFERMEDAD

| | | | | |
|---|----------------------------|------------------------------|---|---------------------------------------|
| Tipo de Reclamación y/o evento | | No. de Póliza | No. de Certificado | No. |
| <input type="checkbox"/> Accidente <input type="checkbox"/> Enfermedad | | | | |
| Empresa o Contratante | Fecha de Alta en la Póliza | Nombre del Asegurado Titular | | |
| Nombre del Asegurado Afectado | | Parentesco | Fecha en que ocurrió el Accidente/Enfermedad | |
| | | | (D,M,A) | |
| Describa cómo y dónde ocurrió el Accidente (Anexar actuaciones del ministerio público) | | | | |
| | | | | |
| Naturaleza del Accidente (Lesiones) e indique estudios practicados | | | | |
| | | | | |
| Naturaleza de la Enfermedad e indique estudios practicados | | | | |
| | | | | |
| Nombre de los testigos en caso de Accidente | | | | |
| Nombre del Testigo Ocular | | Domicilio | Teléfono | |
| | | | | |
| Si se ha incapacitado o ha requerido hospitalización, favor de indicar: | | | | |
| ¿Desde que día hasta que día quedó incapacitado para el desempeño de su ocupación? | | | Desde (D,M,A) | Hasta (D,M,A) |
| ¿Fue necesaria la hospitalización por causa del accidente o enfermedad? En caso afirmativo de fecha y nombre del hospital | | | <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si | |
| En caso de reclamación por incapacidad, favor de indicar: | | | | |
| ¿Que sueldo mensual percibía en la fecha que sufrió el accidente o enfermedad? | | | Puesto Desempeñado | |
| ¿Ha presentado otra reclamación en esta póliza? | | | | |
| Concepto | | | No. de Siniestro | Fecha (D,M,A) |
| | | | | |
| Si tiene algún otro seguro de accidente o enfermedad, porporcione los siguientes datos: | | | | |
| Compañía | | Tipo de Seguro | No. de Póliza | |
| | | | | |
| Observaciones | | | | |
| | | | | |
| Favor de indicar los nombres de los Médicos que lo atienden o atendieron | | | | |
| Nombre del Médico | Especialidad | Domicilio Consultorio | Teléfono | Banco y Clabe Interbancaria para Pago |
| | | | | |
| Autorizo a los médicos o personas que me hayan asistido o examinado, a los hospitales, sanatorios, clínicas a los que haya ingresado para estudio, diagnóstico o tratamiento de cualquier enfermedad 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 evolución 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 para que proporcionen la información de su contenido para la correcta evaluación de mi reclamación. | | | | |
| Nombre del Asegurado | | Domicilio | Firma | |
| | | | | |
| Teléfono | Lugar y Fecha | | | |
| | | | | |

Requisitos para el trámite de una reclamación de Accidentes Personales o Gastos Médicos Mayores

Con el objetivo de poder servirle con oportunidad y eficiencia le solicitamos nos proporcione la documentación detallada a continuación correctamente requisitada.

En caso de Reembolso de Gastos Médicos Mayores o Pérdidas Orgánicas o Indemnización Diaria por Hospitalización, requisitar:

- 1.- * Relación de documentación para el trámite de su Reclamación de Accidentes y Enfermedades.
- 2.- * Aviso de Accidentes o Enfermedad
- 3.- * Informe Médico, este debe ser requisitado por el médico que atendió al Asegurado. En caso de haber sido atendido por varios médicos, requisitar uno por médico.
- 4.- Estudios Médicos practicados y resultados, como son: estudios histopatológicos, radiografías, tomografías, análisis, etc.
- 5.- Recibos y Facturas originales con los requerimientos de la S.H.C.P. Solicitar al Hospital o Médico la(s) Factura(s) a nombre del asegurado, con el desglose de los gastos cargados, detallando cada uno de los conceptos considerados como: medicamentos, cama extra, renta diaria del cuarto, ambulancia, etc.
- 6.- Las notas de farmacia de los medicamentos adquiridos fuera del Hospital deberán estar debidamente desglosadas y acompañadas de las recetas médicas correspondientes.

En caso de Incapacidad

- 1.- * Aviso de Accidente o Incapacidad
- 2.- * Informe Médico
- 3.- Ultimo recibo de sueldo del Asegurado
- 4.- Forma del Seguro Social o carta de empleo de Recursos Humanos

En caso de Fallecimiento

- 1.- * Declaración 1 y 2. La forma no. 1 deberá ser requisitada por el o los beneficiarios designados en la(s) Póliza(s) de Seguros o por sus representantes legales.
La forma no.2 deberá ser requisitada por el Médico que extendió el Certificado de Defunción o el que atendió al Asegurado durante su enfermedad.
- 2.- Acta de Defunción del Asegurado en original o copia certificada y acta de matrimonio en caso de ser casado.
- 3.- Póliza de Seguro de Accidentes Personales o Certificado.
- 4.- Acta de Nacimiento del Asegurado.
- 5.- Al momento de pago del siniestro cada beneficiario deberá portar una Identificación con validez oficial (pasaporte, credencial de elector, cartilla, cédula profesional, etc.). Si los beneficiarios fueren menores de edad, favor de traer la tutoría autorizada por un juez o el nombramiento de quien ejerza la Patria Potestad.

En caso de Muerte Violenta:

Como: accidente automovilístico, muerte en vía pública, asalto, herida por arma de fuego o blanca, homicidio, suicidio, etc. favor de entregar completas las actuaciones del Ministerio Público.

* El formato podrá ser solicitado en nuestras oficinas.