

Aviso de Accidente o Enfermedad

DMD-FORAAE-19-12-09-V06

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

Fecha: DÍA MES AÑO

Póliza:

| | |
|--|---|
| Tipo de reclamación <input type="radio"/> Pago Directo <input type="radio"/> Programación de Cirugía <input type="radio"/> Reembolso | Motivo de reclamación <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 u otra compañía? Sí No ¿Con qué compañía?

¿Actualmente tiene otro seguro? Sí 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 o motivo de su reclamación:

En caso de accidente automovilístico ¿Cuenta con seguro de auto? Sí No Número de Póliza:

Nombre de la Compañía Aseguradora:

¿Estuvo hospitalizado? Sí No Días de estancia:

Hospital en el que fue atendido:

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

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 requieran, 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. Asimismo, 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 S.A. de C.V., Compañía de Seguros, con domicilio en calle Boulevard Adolfo Ruiz Cortines 3299 Piso 12, colonia Rincón del Pedregal, Ciudad de México, delegación Tlalpan, C.P. 14120, en la entidad de Ciudad de México, país México, utilizará sus datos personales recabados para: La evaluación de su Solicitud de Seguro y selección de riesgos y, en su caso, emisión de la Póliza de Seguro, trámite de sus Solicitudes de pago de siniestros, administración, mantenimiento y renovación de la Póliza de Seguro, prevención de fraude y operaciones ilícitas, para información estadística, así como para todos los fines relacionados con el cumplimiento de nuestras obligaciones de conformidad con lo establecido en el contrato, la Ley sobre el Contrato de Seguro y en la normatividad aplicable, así como para prospección comercial. Para mayor información acerca del tratamiento y de los derechos que puede hacer valer, usted puede acceder al aviso de privacidad integral a través de: www.planseguro.com.mx y mediante avisos colocados en Oficina Matriz, Sucursales, Módulos de Atención y Oficinas de Desarrollo Comercial.

Nombre y firma del Titular y/o Padre o Tutor Nombre y firma de Asegurado afectado

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

¿Dónde ocurrió el accidente? (Nombre del lugar y/o establecimiento)

¿Qué causó el accidente?

¿Cómo ocurrió el accidente?

¿Usted considera que existe algún tercer responsable del accidente?

Sí

No

¿Quién?

¿Sabe si el tercer responsable cuenta con póliza de seguro?

Sí

No

¿Con qué compañía?

¿Alguna autoridad o persona del establecimiento tuvo conocimiento del accidente?

Sí

No

¿Quién?

¿Cuenta con el número de acta, denuncia o reporte del accidente?

Sí

No

¿Cuál?

¿Cómo ocurrió el accidente?

Plan Seguro S.A. de C.V. Compañía de Seguros, con domicilio en calle Boulevard Adolfo Ruiz Cortines 3299 Piso 12, colonia Rincón del Pedregal, Ciudad de México, delegación Tlalpan, C.P. 14120, en la entidad de Ciudad de México, país México, utilizará sus datos personales recabados para: La evaluación de su Solicitud de Seguro y selección de riesgos y, en su caso, emisión de la Póliza de Seguro, trámite de sus Solicitudes de pago de siniestros, administración, mantenimiento y renovación de la Póliza de Seguro, prevención de fraude y operaciones ilícitas, para información estadística, así como para todos los fines relacionados con el cumplimiento de nuestras obligaciones de conformidad con lo establecido en el contrato, la Ley sobre el Contrato de Seguro y en la normatividad aplicable así como para prospección comercial. Para mayor información acerca del tratamiento y de los derechos que puede hacer valer, usted puede acceder al aviso de privacidad integral a través de: planseguro.com.mx y mediante avisos colocados en Oficina Matriz, Sucursales, Módulos de Atención y Oficinas de Desarrollo Comercial.

Nombre y firma del Titular y/o Padre o Tutor

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

servicioseguro@planseguro.com.mx

