

Aviso de accidente o enfermedad

Motivo de la reclamación: Reembolso Pago directo Programación de cirugía-tratamiento

Tipo de reclamación: Accidente Enfermedad Embarazo

Datos del asegurado

Nombre o razón social del contratante

Apellido paterno, materno y nombre del asegurado titular

Apellido paterno, materno y nombre del asegurado afectado

Número certificado del afectado

Fecha de alta

Fecha de nacimiento

Día

Mes

Año

Sexo

Parentesco con el titular

Correo electrónico (opcional)

Domicilio

Calle

Número exterior

Número interior

Colonia

Código Postal

Estado

Ocupación

Lugar donde trabaja / Empresa

Delegación

Giro de la empresa

Gastos anteriores

¿Ha presentado gastos anteriores por este padecimiento o accidente en esta u otra compañía?

Sí No

- Si su respuesta fué afirmativa, complete a continuación:

Número de siniestro

Compañía

Fecha de alta

¿Actualmente tiene otro seguro? ¿Cuál?

Incidente

Tipo de reclamación: Inicial Complementaria

Fecha en que ocurrió el accidente o aparición de los primeros síntomas de la enfermedad

Día Mes Año

Indique tipo de alteraciones y/o síntomas que presentó

Fecha en que visitó por primera vez al médico por esta enfermedad

Día Mes Año

Indique el motivo de su reclamación

Si es accidente, detalle ¿cómo fue?

Autoridad que tomó conocimiento del accidente (anexar copias del Ministerio Público)

En caso de accidente automovilístico

¿Cuenta con seguro de automóvil? Sí No

Día Mes Año

Hospitalización

¿Estuvo hospitalizado? Días de estancia

Sí No

Nombre del hospital en que fue atendido

¿Qué estudios le realizaron para el diagnóstico y/o tratamiento?

Nombre del médico tratante

Dirección

Especialidad

Médicos que ha consultado en los últimos dos años

Fecha Causa

Nombre del médico / especialidad

Día Mes Año

Día Mes Año

Día Mes Año

Teléfono y/o E-mail

Teléfono 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 radiológicos 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 (quedrán 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.

Notas: Se le informa que la inexacta o falsa declaración proporcionada en el siguiente cuestionario releva de toda responsabilidad a la institución.

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 Zurich Vida Compañía de Seguros, S.A., aún cuando no exista una orden judicial o administrativa toda la información referente a mis antecedentes personales patológicos, historia clínica, 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 Zurich Vida Compañía de Seguros, S.A., lo considere oportuno, inclusive después de mi fallecimiento. Con la presente autorización revelo de cualquier responsabilidad derivada del secreto médico a las personas responsables de proporcionar información requerida, así mismo 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 Zurich Vida Compañía de Seguros, S.A., la información de su conocimiento y que a su vez Zurich Vida Compañía de Seguros, S.A., proporcione a cualquier otra empresa del sector asegurador la información requerida 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	Día <input type="text"/>	Mes <input type="text"/>	Año <input type="text"/>
Lugar	<input type="text"/>		

Este documento está registrado ante la Comisión Nacional de Seguros y de Fianzas, de conformidad con lo dispuesto en los artículos 36A y 36B de la Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros, por oficio 06-367-I-1.1/19376 de fecha 26 de junio de 1995.