

Aviso de Accidente o Enfermedad

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.

 Póliza:

 Fecha:

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:	<input type="text" value="NOMBRE(S)"/>	<input type="text" value="APELLIDO PATERNO"/>	<input type="text" value="APELLIDO MATERNO"/>	
Datos del Titular de la Póliza				
Nombre:	<input type="text" value="NOMBRE(S)"/>	<input type="text" value="APELLIDO PATERNO"/>	<input type="text" value="APELLIDO MATERNO"/>	
Datos del Asegurado afectado (Todos los datos son obligatorios)				
Nombre:	<input type="text" value="NOMBRE(S)"/>	<input type="text" value="APELLIDO PATERNO"/>	<input type="text" value="APELLIDO MATERNO"/>	
Fecha de nacimiento:	<input type="text" value="DD/MM/AAAA"/>	Sexo: <input type="radio"/> Masculino <input type="radio"/> Femenino	Nacionalidad: <input type="text"/>	
País de nacimiento:	<input type="text"/>	Parentesco con el Titular: <input type="text"/>		
Correo electrónico:	<input type="text"/>	Teléfono particular: <input type="text"/>		
Teléfono de oficina:	<input type="text"/>	Extensión: <input type="text"/>	Teléfono celular: <input type="text"/>	
Calle:	<input type="text"/>	No. Exterior: <input type="text"/>	No. Interior: <input type="text"/> Colonia: <input type="text"/>	
C.P.:	<input type="text"/>	Delegación o Municipio: <input type="text"/>	Ciudad o Población: <input type="text"/>	
Ocupación:	<input type="text"/>	Nombre de la empresa donde trabaja: <input type="text"/>		
¿Ha presentado gastos anteriores por este padecimiento o accidente en esta u otra compañía?		<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No ¿Con qué compañía? <input type="text"/>		
¿Actualmente tiene otro seguro?		<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No ¿De qué tipo? <input type="text"/>		
¿Con qué compañía? <input type="text"/>				
Fecha en que ocurrió el accidente o aparición de los primeros signos y síntomas de la enfermedad:			<input type="text" value="DD/MM/AAAA"/>	
Fecha en que visitó por primera vez al Médico por esta enfermedad: <input type="text"/>			En este espacio indique el tipo de alteraciones y/o síntomas que presentó enfatizando ¿dónde, cómo y cuándo ocurrió?	
Indique el diagnóstico o motivo de su reclamación: <input type="text"/>				
En caso de accidente automovilístico ¿Cuenta con seguro de auto?				
<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No Número de Póliza: <input type="text"/>				
Nombre de la Compañía Aseguradora: <input type="text"/>				
¿Estuvo hospitalizado?			<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No Días de estancia: <input type="text"/>	
Hospital en el que fue atendido: <input type="text"/>				

Datos del Médico Tratante

Nombre:	<input type="text" value="NOMBRE(S)"/>	<input type="text" value="APELLIDO PATERNO"/>	<input type="text" value="APELLIDO MATERNO"/>
Especialidad:	<input type="text"/>	Teléfono Consultorio:	<input type="text"/> Extensión: <input type="text"/>
Teléfono Celular:	<input type="text"/>		

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

1. 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).
2. Copia de la interpretación de estudios de imagen, laboratorio o estudios hispatológicos que le fueron practicados.
3. Copia de la identificación oficial del Asegurado afectado (INE, pasaporte, cartilla de servicio militar, acta de nacimiento para menores de 5 años).
4. Los recibos originales de gastos deben cumplir los requisitos fiscales vigentes (no tienen validez copias, recibos, cuentas parciales, carta factura, etc.).
5. 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 3720, Torre II, Piso 4, Jardines del Pedregal, Álvaro Obregón, C.P. 01900, Ciudad de 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.

Manifiesto que conozco el aviso de privacidad de Plan Seguro, S.A. de C.V. Compañía de Seguros y estoy de acuerdo y consiento expresamente que mis datos personales incluyendo los sensibles sean tratados conforme a lo señalado en el mismo, así como que dichos datos sean compartidos con proveedores de servicios de salud; de servicios de asistencia; médicos y de telemedicina; agentes de seguros; promotoras de agentes de seguros; organizaciones; asociaciones; instituciones y/o entidades del sector asegurador, para gestionar todo lo relacionado con trámites de siniestros, pagos y/o reembolsos de las coberturas contenidas en mi contrato de seguro.

Nombre y firma del Titular y/o Padre o Tutor

Nombre y firma de Asegurado afectado

Cuestionario para determinar causa del accidente

INSTRUCCIONES:

En caso de ser Accidente, debe llenar el siguiente cuestionario:

Póliza: Fecha del accidente DD/MM/AAAA

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

Dianóstico

¿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?

Plan Seguro S.A. de C.V., Compañía de Seguros, con domicilio en calle Boulevard Adolfo Ruiz Cortines 3720, Torre II, Piso 4, Colonia Jardines del Pedregal, Alcaldía Álvaro Obregón, C.P. 01900, en la Ciudad de México, México; utilizará sus datos personales recabados para: Identificación del Titular; 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 de seguro, la Ley sobre el Contrato de Seguro y en la normatividad vigente y aplicable; crear y administrar su perfil de usuario en nuestros servicios en línea; compartir y recabar información, así como gestionar con terceros proveedores de servicios de salud todo lo relacionado con las coberturas contenidas en su contrato de seguro; Integración y actualización del expediente de identificación del cliente, así como presentación de reportes a las autoridades competentes en términos de las disposiciones para prevenir el lavado de dinero y financiamiento al terrorismo; para dar cumplimiento a las obligaciones contraídas con usted; con fines estadísticos grupales, individuales, y para la creación de campañas preventivas de Salud; mercadotecnia, publicidad y prospección comercial. Para conocer mayor información acerca del tratamiento y de los derechos que puede hacer valer, puede consultar el aviso de privacidad integral en www.planseguro.com.mx

Manifiesto que conozco el aviso de privacidad de Plan Seguro, S.A. de C.V. Compañía de Seguros y estoy de acuerdo y consiento expresamente que mis datos personales incluyendo los sensibles sean tratados conforme a lo señalado en el mismo, así como que dichos datos sean compartidos con proveedores de servicios de salud; de servicios de asistencia; médicos y de telemedicina; agentes de seguros; promotoras de agentes de seguros; organizaciones; asociaciones; instituciones y/o entidades del sector asegurador, para gestionar todo lo relacionado con trámites de siniestros, pagos y/o reembolsos de las coberturas contenidas en mi contrato de seguro.

Nombre y firma del Titular y/o Padre o Tutor