



Grupo Financiero BBVA Bancomer

AVISO DE ACCIDENTE O ENFERMEDAD

Instrucciones:

- 1.- Este cuestionario debe ser llenado con letra de molde y firmado por el asegurado.
- 2.- Es necesario llenar la forma en su totalidad y dar 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 documento no es válido con tachaduras, enmendaduras y de lo declarado no se aceptan cambios posteriores.

Motivo de la reclamación

Reembolso Programación de cirugía-tratamiento Pago directo

Tipo de reclamación

Accidente Embarazo Enfermedad

Nombre o razón social del contratante

No. Póliza

Apellido paterno, materno y nombre del asegurado titular

R.F.C. o C.U.R.P.

Apellido paterno, materno y nombre del asegurado afectado

R.F.C. o C.U.R.P.

No. Certificado del afectado

Fecha de alta

Nacionalidad

Fecha de nacimiento

Sexo

Parentesco con el titular

Correo electrónico

Teléfono del asegurado

Domicilio/Calle

No. Exterior

No. Interior

Colonia

C.P.

Estado

Delegación

Ocupación/Profesión

Empresa donde trabaja

Giro de la empresa

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

Sí No

Si su respuesta fue afirmativa, indique No. Siniestro

Compañía

Fecha de alta

¿Actualmente tiene otro seguro? Sí 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

D | D | M | M | A | A

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

D | D | M | M | A | A

Si es accidente detállese, ¿cómo y dónde fue?

Indique el diagnóstico motivo de su reclamación

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

En caso de accidente automovilístico, ¿cuenta con seguro de automóvil? Sí No

Nombre de la compañía

No. Póliza

Cobertura

Suma asegurada

Compañía del tercero

¿Estuvo hospitalizado?

Sí No

Hospital en que fue atendido

Días de estancia

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

Nombre del médico tratante

Especialidad

Dirección

Tel. y/o correo electrónico

¿Médicos que ha consultado en los últimos 2 años?

Causa y fecha

Tel. y/o correo electrónico

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 (quedarán sin validez copias, recibos provisionales, estados de cuenta, etc.).
 - 5.- Por cada médico tratante se deberá llenar el Informe Médico correspondiente y su participación en el evento.
- Notas:** 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, sanatorios y 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 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 para que proporcionen la información de su conocimiento para la correcta evaluación de mi reclamación.

Nombre y firma del titular

Lugar y Fecha

Nombre y firma del afectado

