



AVISO DE ACCIDENTE O ENFERMEDAD

(DEBE SER CONTESTADO POR EL ASEGURADO)

DATOS DEL CONTRATANTE Y ASEGURADO									
NOMBRE O RAZÓN SOCIAL DEL CONTRATANTE							PÓLIZA NO.		
ASEGURADO TITULAR		APELLIDO PATERNO			APELLIDO MATERNO			NOMBRE (S)	
NO. DE CERTIFICADO		TELÉFONO			OCUPACIÓN				
DATOS DEL ASEGURADO AFECTADO									
APELLIDO PATERNO			APELLIDO MATERNO				NOMBRE (S)		
FECHA DE NACIMIENTO		DÍA	MES	AÑO	FECHA DE ALTA DEL SEGURO		DÍA	MES	AÑO
PARENTESCO CON EL TITULAR				OCUPACIÓN			PESO		ESTATURA
DOMICILIO				C.P.		TELÉFONO			
CIUDAD									
¿TIENE O HA TENIDO SEGURO DE GASTOS MÉDICOS EN OTRA COMPAÑÍA? ¿COMPAÑÍA?					<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO		No. DE PÓLIZA		
SE TRATA DE :									
<input type="checkbox"/> ACCIDENTE			<input type="checkbox"/> ENFERMEDAD			<input type="checkbox"/> EMBARAZO			
¿HA PRESENTADO GASTOS ANTERIORES POR ESTE PADECIMIENTO EN ESTA U PTR A COMPAÑÍA?									
<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO									
COMPAÑÍA(S)					No. DE SINIESTRO				
NOMBRE DEL AGENTE				CLAVE		ESTADO			
FECHA EN QUE OCURRIÓ EL ACCIDENTE O APARECIERON LOS PRIMEROS SÍNTOMAS DE LA ENFERMEDAD						DÍA	MES	AÑO	
FECHA EN QUE VISITÓ POR PRIMERA VEZ AL MÉDICO CON MOTIVO DE LA MISMA						DÍA	MES	AÑO	
¿CUÁL FUE EL ACCIDENTE O LA ENFERMEDAD?									
SI ES ACCIDENTE, DETALLESE ¿CÓMO Y DÓNDE OCURRIÓ?									
DESCRIBA LAS LESIONES SUFRIDAS A CONSECUENCIA DEL ACCIDENTE									
MENCIONE EL MOTIVO POR EL CUAL RECIBIÓ LA ATENCIÓN MÉDICA									
¿CUÁLES ESTUDIOS DE LABORATORIO Y GABINETE LE FUERON REALIZADOS?									
HOSPITAL EN QUE FUE ATENDIDO						No. DE DÍAS QUE ESTUVO HOSPITALIZADO			
AUTORIDAD QUE TOMO CONOCIMIENTO DEL ACCIDENTE (ANEXAR COPIAS DE LAS ACTUACIONES DEL MINISTERIO PÚBLICO)									
DATOS DEL MÉDICO QUE LO ATENDIÓ									
NOMBRE						ESPECIALIDAD			
DOMICILIO						TELÉFONO			
NOTA: AUTORIZO AL (A) (LOS) MÉDICO (S) QUE ME ATIENDE (N) A PROPORCIONAR LA INFORMACIÓN QUE LE (S) SEA SOLICITADA POR QBE DE MÉXICO COMPAÑÍA DE SEGUROS, S.A. DE C.V. EN RELACIÓN A LA PRESENTE RECLAMACIÓN LA COPIA FOTOSTÁTICA DE ESTA AUTORIZACIÓN ESTA VALIDA COMO LA ORIGINAL									
NOTA: SE LE INFORMA QUE LA INEXACTA O FALSA DECLARACIÓN PROPORCIONADA EN EL PRESENTE CUESTIONARIO INVALIDA TODA RESPONSABILIDAD DE LA INSTITUCIÓN									
FIRMA DEL TITULAR					NOMBRE Y FIRMA DEL ASEGURADO AFECTADO				
FECHADO EN _____ A _____ DE _____ DE _____									

INSTRUCTIVO PARA EL TRÁMITE DE SU RECLAMACIÓN

La prontitud con la que demos trámite a su reclamación depende en forma importante de la presentación de la misma.

Denos usted la oportunidad de servirle eficazmente, revisando que su documentación reuna los siguientes requisitos:

1. Enviar su declaración a la Compañía con los siguientes documentos:

- a) Carta-remesa de la reclamación.
- b) Aviso de accidente o enfermedad.
- c) Informe Médico.

2. Revisar que todas las formas sean contestadas en forma completa y clara.

3. No omitir No. De Póliza de Certificado en caso de (pólizas de grupo y colectivo).

4. Solicitar al médico que le atendió consteste en su totalidad y con claridad el "Informe Médico" poniendo especial atención en el diagnóstico establecido y en la fecha de las primeras manifestaciones.

En caso de que sean varios médicos los que atendieron al paciente presentar un "Informe Médico" por cada uno.

5. Presentar el original de todos los comprobantes, como son: recibos del médico, ayudantes, enfermeras, factura de hospital, laboratorio, gabinete, notas de la farmacia, etc. Y una copia fotostática o duplicado.

6. Anexar a la nota de farmacia la receta del médico, tomando en cuenta que aparezca la descripción del medicamento que recete el médico.

7. Si el médico o el hospital le expide un recibo por el total de su cuenta, solicite el desglose de cada uno de los conceptos (consultas, intervención quirúrgica, anestesistas, renta diaria del cuarto, quirófano, medicinas, etc.), ya que en caso contrario se lo pediremos a usted posteriormente, con la siguiente demora en el trámite.

8. Siempre deberá, anexar el resultado e interpretación de los estudios realizados (rayos X, análisis, etc.).

9. En caso de accidente automovilístico, asalto, etc. Anexar copia de certificado de las actas del Ministerio Público.

facturas del hospital, laboratorios, gabinetes, cumplan con los requisitos de la Secretaría de Hacienda y Crédito Público, (fecha, número de folio, nombre, dirección, teléfono, registro federal de causantes, registro de la Secretaría de Salud, y cédula profesional del prestador del servicio, así como nombre del paciente.

11. No aceptamos pagos o donaciones a instituciones de beneficencia o establecimientos oficiales de servicio.

12. Anexar historia clínica completa.

Agradecemos su atención.