

## AVISO DE ACCIDENTE O ENFERMEDAD

Medi Access Seguros de Salud S.A. de C.V.  
 Blvd. Adolfo Ruíz Cortines No. 3642, Piso 9 Oficina 901-B  
 Col. Jardines del Pedregal, del. Álvaro Obregón, C.P. 01900, CDMX.

**INSTRUCCIONES:**

- 1.- ESTE CUESTIONARIO DEBERÁ SER LLENADO Y FIRMADO POR EL ASEGURADO CON LETRA DE MOLDE.
- 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 SERÁ 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. DE PÓLIZA _____	
APELLIDO PATERNO, MATERNO Y NOMBRE DEL ASEGURADO TITULAR _____						R.F.C. Ó C.U.R.P. _____	
APELLIDO PATERNO, MATERNO Y NOMBRE DEL ASEGURADO AFECTADO _____						R.F.C. Ó C.U.R.P. _____	
NO. CERTIFICADO DEL AFECTADO _____		FECHA DE ALTA _____		NACIONALIDAD _____			
FECHA DE NACIMIENTO _____	SEXO _____	PARENTESCO CON EL TITULAR _____	CORREO ELECTRÓNICO _____		TELÉFONO DE CONTACTO _____		CLAVE LADA ( ) _____
DOMICILIO / CALLE _____			NO. EXTERIOR _____	NO. INTERIOR _____	COLONIA _____		
C.P. _____	ESTADO _____	DELEGACIÓN _____	OCUPACIÓN Ó PROFESIÓN _____		LUGAR DONDE TRABAJA / EMPRESA _____	GIRO DE LA EMPRESA _____	
¿HA PRESENTADO GASTOS ANTERIORES POR ESTE PADECIMIENTO O ACCIDENTE EN ESTA U OTRA COMPAÑÍA <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO      SI SU RESPUESTA FUE AFIRMATIVA INDIQUE No. DE SINIESTRO _____ COMPAÑÍA _____ No. PÓLIZA _____ FECHA DE ALTA _____							
¿ACTUALMENTE TIENE OTRO SEGURO? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO      COMPAÑÍA _____ No. PÓLIZA _____							
TIPO DE RECLAMACIÓN: <input type="checkbox"/> INICIAL <input type="checkbox"/> 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 _____		_____					
FECHA EN QUE VISITO POR PRIMERA VEZ AL MÉDICO POR ESTA ENFERMEDAD _____		_____					
INDIQUE EL DIAGNÓSTICO MOTIVO DE SU RECLAMACIÓN _____							
SI ES ACCIDENTE DETÁLLESE, ¿CÓMO Y DÓNDE FUE? _____							
AUTORIDAD QUE TOMÓ CONOCIMIENTO DEL ACCIDENTE (ANEXAR COPIAS DEL MINISTERIO PÚBLICO) _____							
EN CASO DE ACCIDENTE AUTOMOVILÍSTICO ¿CUENTA CON SEGURO DE AUTOMÓVIL? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO      NOMBRE DE LA COMPAÑÍA _____							
COBERTURA _____		ASEGURADA _____		NO. DE PÓLIZA _____		COMPAÑÍA DEL TERCERO _____	
HOSPITAL EN QUE FUE ATENDIDO _____				ESTUVO HOSPITALIZADO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO		DÍAS DE ESTANCIA _____	
¿QUÉ ESTUDIOS SE LE REALIZARON PARA EL DIAGNÓSTICO Y / O TRATAMIENTO? _____							
NOMBRE DEL MÉDICO TRATANTE _____				ESPECIALIDAD _____			
DIRECCIÓN _____				TEL. Y / O E-MAIL _____			
¿MÉDICOS QUE HA CONSULTADO EN LOS ÚLTIMOS DOS AÑOS? _____				CAUSA Y FECHA _____			
_____				TEL. Y / O E-MAIL _____			

**DOCUMENTOS 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 ACTADE 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 DEBERÁN LLENAR LOS INFORMES MÉDICOS CORRESPONDIENTES Y SU PARTICIPACIÓN EN EL EVENTO.
- 6.- COPIA DE IDENTIFICACIÓN OFICIAL PARA EL CONTRATANTE (IFE, PASAPORTE) SOLO SI ES PERSONA FÍSICA.

**NOTA:**  
 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 MEDIACCESS SEGUROS DE SALUD, AÚN CUANDO NO EXISTA UNA ORDEN JUDICIAL O ADMINISTRATIVA TODA LA INFORMACIÓN REFERENTE A MIS ANTECEDENTES PERSONALES PATOLÓGICOS, HISTORIAL CLÍNICO, 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 MEDIACCESS SEGUROS DE SALUD, LO CONSIDERE OPORTUNO, INCLUSIVE DESPUÉS DE MI FALLECIMIENTO. CON LA PRESENTE AUTORIZACIÓN RELEVO DE CUALQUIER RESPONSABILIDAD DERIVADA DEL SECRETO MÉDICO A LAS PERSONAS RESPONSABLES DE PROPORCIONAR LA INFORMACIÓN REQUERIDA, ASIMISMO 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 MEDIACCESS SEGUROS DE SALUD LA INFORMACIÓN DE SU CONOCIMIENTO Y QUE ASU VEZ MEDIACCESS SEGUROS DE SALUD PROPORCIONE A CUALQUIER OTRA EMPRESA DEL SECTOR ASEGURADOR LA INFORMACIÓN QUE REQUIERA Y QUE SE DERIVE DE ESTE DOCUMENTO Y DE OTROS QUE SEAN DE SU CONOCIMIENTO.

\_\_\_\_\_ FECHA \_\_\_\_\_  
 NOMBRE Y FIRMA DEL ASEGURADO O TITULAR  
 \_\_\_\_\_ LUGAR \_\_\_\_\_