Prevem seguros

Código de Barras

Aviso de Accidente o Enfermedad

Instrucciones:

1. Este formato debe ser llenado con letra de molde. Firmado por el asegurado titular y asegurado afectado.
2. Debe ser llenado en su totalidad y proporcionar información completa y detallada.
3. No será válida si presenta tachaduras o enmendaduras.
4. El hecho de proporcionar los datos abajo solicitados, no representa un compromiso de admitir la validez de la reclamación por parte de Prevem Seguros S.A. De C.V. ni a renunciar a los derechos que se reserva conforme al contrato. De lo declarado por el asegurado no se aceptan cambios posteriores.

A. Datos Generales - Datos de asegurado afectado

Apellido Paterno, Materno y Nombre del Asegurado Titular: _____

Apellido Paterno, Materno y Nombre del Asegurado Afectado: _____

Fecha de Nacimiento	Sexo	Parentesco con el Titular	Teléfono de contacto	Nacionalidad	Correo Electrónico de contacto
DD / MM / AAAA	M☐ F☐				

Calle	N° Exterior	N° Interior

Colonia	Código Postal	Delegación/Municipio

Ciudad | Estado | POLIZA

B. Motivo de Reclamación

Reembolso ☐ Pago Directo ☐ Programación de cirugía-Tratamiento ☐ Accidente ☐ Enfermedad ☐ Embarazo ☐

C. Preguntas relacionadas con la enfermedad o accidente que declara

Fecha en que Ocurrió el Accidente o Aparición de los primeros Síntomas de la Enfermedad y que son motivo de ésta reclamación: DD/MM/AAAA

Indique tipo de Alteraciones y/o Síntomas que presentó:	**Indique el Diagnóstico motivo de su reclamación (indicado por su médico tratante):**

Si es Accidente detállese, ¿Cómo y dónde fue ?

¿Alguna autoridad que tomó conocimiento del Accidente ? SI☐ NO☐ En caso de Accidente Automovilístico ¿Cuenta con Seguro de Automóvil? SI☐ NO☐

En caso afirmativo favor de completar la siguiente información

Nombre de la Compañía	Nº de Póliza:	Compañía del Tercero	Estuvo hospitalizado	Días de Estancia	En qué Hospital
			SI☐ NO☐		

¿Ha presentado gastos anteriores por este Padecimiento o Accidente en esta u otra compañía? SI☐ NO☐

Si su respuesta fue afirmativa por favor complete la siguiente información:

Nº de Siniestro: | Compañía: | Fecha de la reclamación: DD/MM/AAAA

¿Actualmente cuenta con otro Seguro de Gastos Médicos? SI☐ NO☐ Indique cuál

D. Información médico (s) consultados

Nombre del Médico Tratante: _____	Especialidad: _____	Nombre del Hospital: _____
Teléfono consultorio: _____	Celular: _____	Teléfono: _____
Correo Electrónico: _____	Dirección: _____	
Fecha de Atención inicial con este médico: DD/MM/AAAA	Fecha de Hospitalización: DD/MM/AAAA	

Nombre y teléfono de Médico familiar o de cabecera: _____

FSIN-002

Tecoyotitla 412 edificio arenal piso 3 Col. Ex hacienda de Guadalupe Chimalistac C.P. 01050 Ciudad de México Tels: 91•78•26•00 / 01•800•2 PREVEM (77•38•36) www.prevemseguros.mx

E. Instrucciones del Pago

Por este conducto solicito y autorizo a Prevem Seguros S.A. De C.V. para que para cualquier pago que proceda a mi favor, derivado del contrato de seguro concertado con esta aseguradora, se realice según la siguiente información:

Cheque	☐			
Transferencia bancaria	☐	Banco:	CLABE:	

Nota: En caso de proceder el pago de la presente reclamación se realizara a nombre del asegurado titular de la póliza, la cuenta bancaria indicada debe pertenecer a este.

"El Asegurado" acepta que al momento de efectuarse el pago de la "Indemnización", quedarán cubiertas todas las prestaciones que pudiera demandar a PREVEM Seguros, S.A. de C.V., con relación al siniestro citado en al rubro.

Las partes convienen que al momento de realizarse la entrega del pago correspondiente, ya sea: (i) mediante cheque, y desde la entrega del mismo, siendo responsabilidad de "El Asegurado su cobro" o (ii) mediante transferencia electrónica a la entrega del comprobante, el presente instrumento hará las veces de un Recibo Finiquito, por lo cual "El Asegurado" manifiesta bajo protesta de decir verdad, que habiendo recibido el pago, no se reserva ninguna acción legal o derecho presente o futuro, ya sea de carácter civil, penal, laboral, fiscal, administrativo, laboral, o de cualquier otra naturaleza o índole, que ejercitar en contra de PREVEM Seguros, S.A. de C.V., ni en contra de sus empleados, apoderados, representantes legales, trabajadores, prestadores de servicios, funcionarios, filiales, ni por cualquier hecho derivado de "El Siniestro" ni de "La Póliza" señalados, respecto a la reclamación formulada, otorgando en este acto el más amplio finiquito que en derecho proceda, en virtud de que ha visto satisfecha su reclamación y no se le adeuda cantidad alguna.

F. Documentación y firmas

1.- Copia de la actuación del ministerio público o atención recibida de la institución (en caso de accidente en vía pública).
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 y estados de cuenta, (quedarán sin validez copias, recibos provisionales, etc.)
5.- Por cada médico tratante se deberán llenar los informes médicos correspondientes y su participación en el evento.

Autorización

Se le informa que la inexacta o falsa declaración proporcionada en este formato, releva de toda responsabilidad a Prevem Seguros S.A. de C.V. 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 Prevem Seguros S.A. De C.V. 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 Prevem Seguros S.A De C.V. 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, 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 Prevem Seguros S.A. De C.V. la información de su conocimiento y que a su vez Prevem Seguros S.A. De C.V. 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.

_____
Nombre y Firma del Titular o Contratante

_____
Nombre y firma del Afectado
(En caso de ser menor de edad firma de cualquiera de los padres)

Fecha DD/MM/AAAA Lugar _____

FSIN-002

Tecoyotitla 412 edificio arenal piso 3 Col. Ex hacienda de Guadalupe Chimalistac C.P. 01050 Ciudad de México Tels: 91•78•26•00 / 01•800•2 PREVEM (77•38•36) www.prevemseguros.mx