

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:

DD/MM/AAAA

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

Datos del Médico Tratante

Nombre:	NOMBRE(S)	APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO
Especialidad:		Teléfono Consultorio:	Extensión:
Teléfono Celular:			

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

Informe Médico

INSTRUCCIONES:

1. Este formato debe ser llenado con letra de molde, legible y con firma autógrafa tanto por el Médico Tratante como por el Asegurado afectado y/o familiar que proporcione la información al Médico Tratante.
2. Favor de no dejar preguntas ni espacios sin contestar.
3. Este documento no será válido con tachaduras, enmendaduras y de lo declarado no se aceptarán cambios posteriores.
4. La información plasmada en este informe médico, no será susceptible de cambios posteriores, una vez firmado por el Asegurado afectado y/o familiar responsable.

Ficha de Identificación

Nombre:	NOMBRE(S)	APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO
Edad:		Sexo: <input type="radio"/> Masculino <input type="radio"/> Femenino	
Causa de Atención:	<input type="radio"/> Enfermedad	<input type="radio"/> Accidente	<input type="radio"/> Embarazo <input type="radio"/> Prevención
Referido por otro Médico o Unidad:	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	¿Cuál?	

Datos del Asegurado afectado (Todos los datos son obligatorios)

Antecedentes Personales Patológicos (incluir fechas)

Describe Diagnósticos y Tratamientos Médico-Quirúrgicos recibidos. Aún cuando no tengan relación al padecimiento actual.

<input type="checkbox"/>	Cardíacos	
<input type="checkbox"/>	Hipertensivos	
<input type="checkbox"/>	Diabetes Mellitus	
<input type="checkbox"/>	VIH / SIDA	
<input type="checkbox"/>	Cáncer	
<input type="checkbox"/>	Hepáticos	
<input type="checkbox"/>	Convulsivos	
<input type="checkbox"/>	Cirugías	
<input type="checkbox"/>	Otros:	
<input type="checkbox"/>	Paciente niega antecedentes	

Antecedentes Personales No Patológicos

<input type="checkbox"/>	¿Fumas? -especificar la cantidad-	
<input type="checkbox"/>	¿Consume bebidas alcohólicas? -especificar la cantidad-	
<input type="checkbox"/>	¿Consume o ha consumido algún tipo de Droga? -especificar tipo y la cantidad-	
<input type="checkbox"/>	¿Ha sufrido pérdida intencional de peso? - describir	
<input type="checkbox"/>	Otros:	
<input type="checkbox"/>	Paciente nienga antecedentes	

Antecedentes Ginecoostétricos

- Menarca
- Gestas
- Partos
- Cesárea
- Abortos
- DOC -fecha-
- Otros
- Paciente niega antecedentes

Antecedentes Perinatales

Padecimiento actual

	Fecha de inicio de síntomas <input type="text" value="DD/MM/AAAA"/>
--	--

Descripción del diagnóstico definitivo y etiológico

	Fecha de diagnóstico <input type="text" value="DD/MM/AAAA"/> Código CIE-10 <input type="text"/>
--	--

Tipo de Padecimiento: Congénito Adquirido Agudo Crónico

Se ha relacionado con algún otro Padecimiento, Enfermedad o Accidente: Sí No ¿Cuál?

Tratamiento

Resultado de la exploración física y de los estudios realizados, debe anexar interpretaciones que firmen el diagnóstico.

Descripción del Tratamiento

Fecha de inicio de tratamiento

DD/MM/AAAA

Requerimientos específicos

Enfermera: Sí No Oxígeno: Sí No Terapia física: Sí No
Ambulancia: Sí No Material ortopédico: Sí No

¿Hubo Complicaciones? Sí No
Descripción de las Complicaciones

Hospital: Ciudad:

Tipo de estancia: Corta estancia/ Ambulatoria Hospital Urgencias

Fecha de ingreso: DD/MM/AAAA Fecha de egreso: DD/MM/AAAA

Nombre: NOMBRE(S) APELLIDO PATERNO APELLIDO MATERNO

Especialidad: RFC: Teléfonos:

Cédula Profesional: Cédula de Especialidad o Certificación:

No. de Proveedor: Correo electrónico:

Presupuesto

Nombre del Cirujano:	Monto	Nombre del Ayudante:	Monto
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Nombre del Anestesiólogo:	Monto	Médicos Interconsultantes:	Monto
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Detallar Interconsultas:

Nota:

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; Participar en el proceso de selección y contratación de proveedores; Conducir estudios de debida diligencia; conformación de expedientes de proveedores; Crear y administrar su perfil de usuario en nuestros servicios en línea; para el cumplimiento de las obligaciones derivadas de la relación jurídica que nos une; realizar estudios de calidad en los productos y servicios que ofrece; cotización de productos y servicios; elaboración, verificación, seguimiento del cumplimiento del objeto del contrato; llevar a cabo el proceso de facturación; cobro o pago derivado de la relación contractual; inclusión en nuestra red de profesionales de la salud y/o proveedores de servicio; verificar certificaciones exigidas por la normatividad aplicable. 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

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 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 revocación 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 el 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.

Lugar y fecha

Nombre y firma autógrafa del Médico Tratante

Nombre y firma autógrafa del Asegurado y/o familiar responsable

Solicitud de Reembolso

INSTRUCCIONES:

1. Favor de contestar todos y cada uno de los espacios requeridos.
2. Este documento no será válido con tachaduras o enmendaduras.

Datos del Asegurado afectado

Nombre:

Contratante:

No. póliza actual: No. póliza anterior:

Si en tu última renovación el número de póliza ha cambiado, por favor requisita los espacios correspondientes.

Por este medio solicito el Reembolso de los gastos efectuados por atención médica de:

¿Has presentado reclamaciones anteriores por este padecimiento? Sí No No. de siniestro (obligatorio):

Si la respuesta es afirmativa, es necesario que ingreses Informe Médico para esta reclamación en los siguientes casos:

- Si presentas recibos de honorarios de un médico distinto a tu médico tratante.
- Si se trata de un padecimiento de larga evolución* y han transcurrido más de 3 meses desde la reclamación anterior.
- En caso de haber sido solicitado por **Plan Seguro** en tu último finiquito.

*Se define como padecimiento de larga evolución a aquellos con duración mayor a seis meses.

Indica los documentos que estás ingresando para el trámite de tu Reembolso:

1. Aviso de Accidente y/o Enfermedad
2. Informe Médico de los doctores

Dr. (a): Especialidad:

Dr. (a): Especialidad:

3. Indica los estudios de laboratorio o gabinete de los que ingresas interpretación:

4. Indica la moneda de los comprobantes ingresados:

Moneda Nacional: Moneda Extranjera: Otra:

Si presentas comprobantes en distintas monedas los debes ingresar en trámites por separado.

Solicitud de Pago por Transferencia Interbancaria (Reembolsos)

INSTRUCCIONES:

1. Todos los espacios son obligatorios
2. No será válido con tachaduras o enmendaduras.

Por este medio solicito y autorizo a Plan Seguro, S.A. de C.V., Compañía de Seguros, para que se aplique la transferencia o depósito, del pago de los gastos procedentes asociados a la cobertura de la Póliza contratada con dicha Compañía de Seguros, a la siguiente cuenta bancaria.

Cuenta CLABE (18 dígitos)

Banco:

La cuenta CLABE consta de 18 dígitos y se utiliza en transacciones interbancarias, aparece en el estado de cuenta o puede solicitarla en su banco.

Transferencia a nombre de:

Asegurado afectado:

Titular:

Contratante:

En caso de requerir que la transferencia se realice a una persona distinta a las indicadas arriba, especificar lo siguiente:

Nombre:

Nombre (s)

Apellido Paterno

Apellido Materno

Email:

Relación con el Asegurado afectado:

Motivo por el que requiere el pago:

En este caso, se deberá anexar la documentación que acredite su relación con el Asegurado afectado y/o su derecho a solicitar el pago. Plan Seguro analizará su procedencia y podrá solicitar mayor información en caso de ser necesario.

Reconozco como comprobante de transferencia exitosa (digital o física) a la cuenta CLABE antes mencionada, el que Plan Seguro, S.A. de C.V. Compañía de Seguros me envíe al correo electrónico que señalo: _____ Y con ello le otorgo el más amplio finiquito que en derecho proceda por este(os) reclamo(s) por lo que no me reservo derecho o acción alguna que ejercer en su contra

Para este trámite de Reembolso y los subsecuentes asociados a este mismo padecimiento.

1. Libero a la Aseguradora de cualquier otra responsabilidad relacionada con el Siniestro indemnizado.
2. El Suscrito no se reserva derecho o acción alguna en contra de la Aseguradora.
3. Me subrogo a favor de la Aseguradora por la cantidad indemnizada para que ésta, si así lo desea, ejercite derechos o acciones en contra de terceros responsables del Siniestro y me obligo a auxiliar a la Aseguradora a entablar cualquier demanda o a ejercer cualquier acción ya sea por la vía judicial o extrajudicial, relacionada con el Siniestro indemnizado.
4. Acepto y reconozco que con el/los pagos en la cuenta CLABE interbancaria señalada en el párrafo de la parte superior otorgo el más amplio finiquito que en derecho proceda a favor de la Aseguradora. En caso de que manifieste que no recibí el pago respectivo, Plan Seguro deberá comprobar el cumplimiento mediante la constancia de transferencia interbancaria que corresponde, de lo contrario, éste y los puntos anteriores no surtirán efectos legales.

DECLARO BAJO PROTESTA DE DECIR LA VERDAD QUE TODA INFORMACIÓN AQUÍ VERTIDA CORRESPONDE A LA REALIDAD HACIÉNDOME RESPONSABLE DE LA MISMA Y AUTORIZANDO A PLAN SEGURO, S.A. DE C.V. COMPAÑÍA DE SEGUROS PARA SU USO EN TODO LO RELACIONADO, CON LOS FINES DE ESTE FINIQUITO

Nombre y firma del Asegurado afectado

(Padre, madre o tutor legal, en caso de menores de edad)

Nombre y firma del Titular de la cuenta bancaria

Importante:

Es necesario que escriba el número de cuenta completo (no debe quedar ningún espacio en blanco) y deberá proporcionar un solo número de cuenta CLABE esto con el propósito de atender puntualmente su solicitud. Plan Seguro, S.A. de C.V. Compañía de Seguros no se hace responsable del depósito si el número de cuenta no es correcto por lo que no incurrirá en ninguna responsabilidad al respecto y emitirá cheque a nombre del Titular de la cuenta bancaria. 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

Lugar:

Fecha:

DÍA

MES

AÑO