

Marcar X en la opción del trámite a realizar

Formato de aviso de accidente o enfermedad



Motivo de la reclamación

Reembolso ☐ Programación de cirugía-tratamiento ☐ Pago directo ☐

Tipo de reclamación

Accidente ☐ Embarazo ☐ Enfermedad ☐

Indicar datos personales

Indicar con precisión los datos requeridos.

Nombre o razón social del contratante [Universidad Iberoamericana A.C.]		No. de póliza [D00-86175]
Apellido paterno, materno y nombre del asegurado titular [Indicar Nombre de Alumno]		R.F.C. o CURP [RFC del Alumno]
Apellido paterno, materno y nombre del asegurado afectado [Indicar número de Alumno]		R.F.C. o CURP
No. certificado del afectado	Fecha de alta	Nacionalidad
Fecha de nacimiento	Sexo	Parentesco con el titular
Correo electrónico	Teléfono de contacto	
Domicilio /calle		Clavelada ()
CP.	Estado	Delegación
Ocupación o profesión	Lugar donde trabaja/empresa	Giro de la empresa
¿Ha presentado gastos anteriores por este padecimiento o accidente es esta u otra compañía? ☐ Si ☐ No		
S su respuesta fue afirmativa indique No. de siniestro		
Compañía	Fecha de alta	
¿Actualmente tiene otro seguro? ☐ Si ☐ 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		
Fecha en que visitó por primera vez al médico por esta enfermedad		
Indique el diagnóstico motivo de su reclamación		
si es accidente detallese, ¿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? ☐ Si ☐ No Nombre de la compañía		
Cobertura	Suma asegurada	No. de póliza
Hospital en que fue atendido		Compañía del tercero
Estuvo hospitalizado		Si ☐ No ☐ Días de estancia
¿Que 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

Instrucciones:

- 1.- Este cuestionario deberá ser llenado y firmado por asegurado con letra de molde.
- 2.- Es necesario llenar la forma en su totalidad y dar información completa.
- 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.

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 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 deberán llenar los informes médicos correspondientes y su participación en el evento.

Nota: 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, clínicas, sanatorios, laboratorios, establecimientos de salud, a los que haya acudido para tratamiento y/o diagnóstico de cualquier enfermedad, accidente, o lesión, a las autoridades judiciales o administrativas que hayan tenido conocimiento de mi caso para que proporcionen a Seguros Atlas, S.A., 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 Seguros Atlas, S.A. lo considere oportuno para la correcta evaluación de mi reclamación, 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 autoriza a las compañías de seguros a las que previamente he solicitado la celebración de cualquier contrato o solicitud de seguros para que proporcionen a Seguros Atlas, S.A. la información de su conocimiento y que a su vez Seguros Atlas, S.A. 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.

AVISO DE PRIVACIDAD

En cumplimiento con lo dispuesto por la Ley Federal de Protección de Datos Personales en Posesión de los Particulares, Seguros Atlas, S.A. con domicilio en Paseo de los Tamarindos No. 63- PB, Col. Bosques de las Lomas, 05120 México, D.F. Tel.: (55)9177-50-00, hace de su conocimiento que sus datos personales, incluso los sensibles y los patrimoniales o financieros recabados, que se recaben o generados con motivo de la relación jurídica que tengamos celebrada, o que en su caso, se celebre, se tratarán para todos los fines vinculados con dicha relación, tales como: identificación, operación, administración, análisis, ofrecimiento y promoción de productos y servicios y/o prospección comercial, así como para cumplir las obligaciones derivadas de tal relación y otros fines compatibles o análogos, quedando convenido que Usted acepta la transferencia que pudiera realizarse a Terceros Nacionales o Extranjeros.

Para mantener el uso y divulgación de sus datos, mantendremos políticas y procedimientos de seguridad y confidencialidad.

El ejercicio de los derechos de acceso, rectificación, cancelación, oposición -a partir del 6 de enero de 2012- y la revocación del consentimiento deberá realizarse por escrito en la dirección citada.

El presente aviso, así como sus modificaciones estarán a su disposición en la página www.segurosatlas.com.mx, o a través de comunicados colocados en nuestras sucursales o informales mediante cualquier medio de comunicación que tengamos con Usted.

**Indicar en ambos lados Nombre
completo y firma del Alumno**

Nombre y firma del titular

Nombre y firma del afectado

Fecha y lugar de llenado

Día Mes Año
Fecha _____ Lugar _____