Plan Seguro®

DMD-FORAAE-260504-V12

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
○ Pago Directo ○ Programación de Cirugía ○ Reembolso

Motivo de reclamación
○ Accidente ○ Enfermedad ○ 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: ○ Masculino ○ 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? ○ Sí ○ No ¿Con qué compañía?

¿Actualmente tiene otro seguro? ○ Sí ○ 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?
○ Sí ○ No Número de Póliza:

Nombre de la Compañía Aseguradora:

¿Estuvo hospitalizado? ○ Sí ○ 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:

Asimismo, en el siguiente recuadro señalo de quien recibí asesoría al ingresar al trámite del siniestro señalado anteriormente, así como la descripción de la asesoría:

Figura	Sí/No (Elija la opción)		Descripción / Nombre
Agente de Seguros*	☐ Sí	☐ No	
Gestor**	☐ Sí	☐ No	
Alguna otra persona o entidad	☐ Sí	☐ No	

*Agente de seguros: persona que presta sus servicios como intermediario para la venta de seguros de una o varias aseguradoras y que cuenta con una cédula de autorización expedida por la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas (CNSF).
** Gestor: persona externa o independiente, distinta de un Agente de Seguros. No está facultado para intermediar, negociar, comprometer o representar a ninguna Institución Aseguradora. Su participación se limita a brindar apoyo administrativo por cuenta propia y bajo responsabilidad del asegurado.

De igual manera, declaro sí recibí algún ofrecimiento de descuento, condonación o reducción de mi participación (Deducible, Coaseguro, Copago, entre otros). En caso de responder "Sí", describo a continuación los detalles del ofrecimiento y la persona o figura que lo realizó.

☐ No ☐ Sí Comentarios:

Se identifico con: ☐ INE ☐ Credencial empresarial ☐ Otro: _____

Plan Seguro, S.A. de C.V. Compañía de Seguros se deslinda de cualquier responsabilidad por el uso indebido que terceros o ajenos a la organización, realicen con la documentación proporcionada.

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 S.A de C.V Compañía de Seguros. 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, 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

Plan Seguro®

DMD-FORAAE-260504-V12

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

Diagnóstico

¿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