

# FORMULARIO DE RECLAMO O AVISO DE ACCIDENTE

## Tipo de Cobertura:

Enfermedad    Accidente    Embarazo

## INSTRUCCIONES:

- Este cuestionario deberá ser completado y firmado por el asegurado con letra de molde en su totalidad.
- Por el hecho de proporcionar este formulario la Compañía no queda obligada a admitir la validez de la reclamación ni a renunciar a los derechos que se reserva conforme a la póliza.
- Este documento no será válido con tachaduras, enmenduras y de lo declarado no se aceptan cambios posteriores.

Nombre o razón social del contratante:		Número de Póliza:	
Apellido paterno, materno y nombre del asegurado titular:		R.F.C o C.U.R.P.	
Apellido paterno, materno y nombre del asegurado afectado:		R.F.C o C.U.R.P.	
Número certificado del afectado:	Fecha de nacimiento. Día/Mes/Año:	Sexo:	
Nacionalidad:	Parentesco con el titular:	Teléfono de Contacto:	Correo electrónico:
Ocupación o profesión:	Lugar donde trabaja:	Giro de la empresa:	
Domicilio/calle:	Número exterior:	Número interior:	Colonia:
Código postal:	Delegación:	Estado:	
Fecha en que ocurrió el accidente o aparición de los primeros síntomas de la enfermedad. Día/Mes/Año:		¿Qué estudios se le realizaron para el diagnóstico y/o tratamiento?	
Indique tipo de alteraciones y/o síntomas que presentó:			
Fecha en que visitó por primera vez al médico por esta enfermedad. Día/Mes/Año:		Si es accidente ¿Cómo y dónde fue?	
Indique el diagnóstico motivo de su reclamación:		En su caso, autoridad que tomó conocimiento del accidente:	
Hospital en el que fue atendido:		Nombre completo del (los) médico (s) tratante (s):	
Tipo de Hospital: <input type="checkbox"/> Privado <input type="checkbox"/> Público		Especialidad del (los) doctores:	
Período de estancia. (desde y hasta):		Médicos que ha consultado en los últimos 2 años:	
Número de días de estancia:		Fecha y causa:	
¿Actualmente tiene otro seguro? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		¿Ha presentado gastos anteriores por este padecimiento o accidente en esta u otra compañía? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
Indique la compañía:		Indique el número de siniestro:	

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 y/o administrativas que hayan tenido conocimiento de mi caso para que proporcionen a la Compañía (aun y 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 la Compañía 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 seguro a las que previamente he solicitado la celebración de cualquier contrato o solicitud de seguro para que proporcionen a la Compañía la información que sea de su conocimiento y que a su vez la Compañía proporcione a cualquier otra empresa del sector asegurador la información que requiera y que se derive de este documento o de otros que sean de su conocimiento.

Nombre y firma del contratante:

Nombre y firma del asegurado:

“En cumplimiento a lo dispuesto en el artículo 202 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas, estos formatos de carácter general, quedaron registradas ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, a partir del día 24 de agosto de 2016, con el número CGEN-S0119-0141-2016”.



# INFORME MÉDICO GASTOS MÉDICOS - PRIVATE CLIENT

Este formato debe de ser completado y firmado por el médico tratante, así como por cada uno de los médicos interconsultantes que sean distintos al tratante y que participen en la atención del Paciente. Llenar con letra de Molde. Favor de no dejar espacios sin contestar.

ESTE DOCUMENTO NO SERÁ VÁLIDO CON TACHADURAS NI ENMENDADURAS.  
NO SE ACEPTAN CAMBIOS POSTERIORES A LO DECLARADO INICIALMENTE.

## CAUSA DE RECLAMACIÓN

Accidente     Embarazo     Enfermedad

## TIPO DE TRÁMITE

Programación tratamiento médico o quirúrgico     Reembolso     Urgencia

## FICHA DE IDENTIFICACIÓN

Nombre del Paciente (Apellido Paterno, Apellido Materno, Nombre (s))	Fecha de nacimiento (Día/Mes/Año)	Sexo	No. Póliza
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="radio"/> M <input type="radio"/> F	<input type="text"/>

## HISTORIA CLÍNICA (Especificar: Diagnóstico, Tiempo de Evolución y Tratamiento)

Antecedentes Personales No Patológicos  
(Obligatorios aunque no tenga relación con el padecimiento actual)

Antecedentes Personales Patológicos  
(Obligatorios aunque no tenga relación con el padecimiento actual)

Antecedentes Gineco-Obstétricos (En caso de aplicar)

Antecedentes Perinatales (En caso de aplicar)

## PADECIMIENTO ACTUAL

1. De acuerdo a la evolución natural de la enfermedad, favor de indicar la fecha de inicio de los primeros síntomas.

<input type="text"/>	Fecha (Día/Mes/Año)
<input type="text"/>	<input type="text"/>

2. Diagnóstico (s) Definitivo (s)

Fecha de Diagnóstico (Día/Mes/Año)

<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>

2. Evolución Actual y Estado Actual

<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------

## TIPO DE PADECIMIENTO

Congénito     Adquirido     Agudo     Crónico

Tiempo de Evolución:

¿Se puede relacionar el padecimiento actual con algún otro padecimiento del paciente?     Sí     No

¿Cuál?

Mencione los estudios de laboratorio y/o Gabinete que requirió el asegurado para llegar al Diagnóstico Definitivo

“En cumplimiento a lo dispuesto en el artículo 202 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas, estos formatos de carácter general, quedaron registradas ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, a partir del día 24 de agosto de 2016, con el número CGEN-S0119-0141-2016”.

## TIPO DE TRATAMIENTO

Médico     Quirúrgico     Consultorio     Ambulatorio     Hospitalario

Descripción del (los) Tratamiento (s)

Fecha de Diagnóstico


## HOSPITAL Y/O CLÍNICA DE ATENCIÓN

Nombre

Dirección

Dirección

Ciudad

Estado

Código postal

País

--	--	--	--

Teléfono

Correo electrónico

--	--

Fecha de Ingreso:

Fecha de Egreso:

## DATOS DEL MÉDICO QUE PARTICIPÓ EN LA ATENCIÓN DEL PACIENTE YA SEA COMO TRATANTE (CIRUJANO) O INTERCONSULTANTE

Nombre del Médico (Apellido Paterno, Apellido Materno, Nombre (s))    Céd. Prof.    Especialidad:

			<input type="radio"/> Médico Tratante
			<input type="radio"/> Interconsultante

Teléfono (s) de Contacto (Consultorio, Móvil, Otro)

Correo electrónico

--	--	--	--

Presupuesto (Pesos Mexicanos)

Médico Tratante y/o Cirujano

Ayudante 1

Ayudante 2

Anestesiólogo

--	--	--	--

Como Médico tratante autorizo a los hospitales donde fue internado el paciente a que proporcionen a Pan-American México Compañía de Seguros, S.A. de C.V., todos los informes que se refieren a la salud del mismo, inclusive todos los datos de padecimientos anteriores. Para tal efecto en este caso relevo a las instituciones o personas involucradas del secreto profesional y hago constar que una copia de esta autorización tiene el mismo valor que el original. Bajo protesta de decir la verdad manifiesto que la información proporcionada en esta forma fue tomada directamente tanto del paciente Asegurado, como el expediente clínico que obra en mi poder.

Acepto los Honorarios acordados con la compañía y me comprometo a no cobrar diferencias al asegurado, sabiendo de antemano, que cualquier diferencia de Honorarios Médicos o Quirúrgicos cobrada no le será reembolsada a este. El tabulador de Honorarios será proporcionado en todo momento por el Médico Dictaminador y/o Funcionario Autorizado de la compañía.

**IMPORTANTE:** El Presupuesto del médico, debe ser lo que usualmente cobra a un paciente particular por la atención médica y/o quirúrgica, y que esté dentro de lo que cobran los médicos de la misma especialidad en el lugar de la atención, además de ser un costo razonable tanto para el médico como para la compañía. El presupuesto es sólo considerando los Honorarios del Médico Tratante y/o Cirujano. El resto del equipo quirúrgico se ajustará de acuerdo a los porcentajes siguientes: Anestesiólogo 30% y 1er. Ayudante 20% de lo cobrado por el Cirujano.

Nombre y Firma del Médico Tratante

Nombre y Firma del Asegurado

Lugar y Fecha (Día/Mes/Año)

La información asentada en este documento es proporcionada conforme a la evaluación médica que he brindado al Paciente, a los estudios que le he realizado y a la información que se ha hecho de mi conocimiento, la cual será tratada conforme al Aviso de Privacidad de la Compañía. Como Médico Tratante me comprometo a hacer del conocimiento de la compañía, de todos los informes que se refieran a la salud del paciente en caso de requerirlos.

El llenado de este formato, no obliga a la Compañía a asumir la obligación de realizar pagos de gastos improcedentes.

“En cumplimiento a lo dispuesto en el artículo 202 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas, estos formatos de carácter general, quedaron registradas ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, a partir del día 24 de agosto de 2016, con el número CGEN-S0119-0141-2016”.