



# FAE FORMATO DE AVISO DE ACCIDENTE O ENFERMEDAD

**INSTRUCCIONES:**

- 1.- ESTE CUESTIONARIO DEBERÁ SER LLENADO Y FIRMADO POR EL ASEGURADO CON LETRA DE MOLDE.
- 2.- ES NECESARIO LLENAR LA FORMA EN SU TOTALIDAD Y DAR 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 DOCUMENTO NO SERÁ VÁLIDO CON TACHADURAS, ENMENDADURAS Y DE LO DECLARADO NO SE ACEPTAN CAMBIOS POSTERIORES.

MOTIVO DE LA RECLAMACIÓN

REEMBOLSO       PROGRAMACIÓN DE CIRUGÍA - TRATAMIENTO       PAGO - DIRECTO  
 TIPO DE RECLAMACIÓN  
 ACCIDENTE       EMBARAZO       ENFERMEDAD

NOMBRE O RAZÓN SOCIAL DEL CONTRATANTE _____	NO. DE PÓLIZA _____
APELLIDO PATERNO, MATERNO Y NOMBRE DEL ASEGURADO TITULAR _____	R.F.C. Ó C.U.R.P. _____
APELLIDO PATERNO, MATERNO Y NOMBRE DEL ASEGURADO AFECTADO _____	R.F.C. Ó C.U.R.P. _____

NO. CERTIFICADO DEL AFECTADO \_\_\_\_\_ FECHA DE ALTA \_\_\_\_\_ DIA | MES | AÑO \_\_\_\_\_ NACIONALIDAD \_\_\_\_\_

FECHA DE NACIMIENTO \_\_\_\_\_ SEXO \_\_\_\_\_ PARENTESCO CON EL TITULAR \_\_\_\_\_ CORREO ELECTRÓNICO \_\_\_\_\_ TELÉFONO DE CONTACTO \_\_\_\_\_  
 DIA | MES | AÑO \_\_\_\_\_ CLAVE LADA ( ) \_\_\_\_\_

DOMICILIO / CALLE \_\_\_\_\_ NO. EXTERIOR \_\_\_\_\_ NO. INTERIOR \_\_\_\_\_ COLONIA \_\_\_\_\_

C.P. \_\_\_\_\_ ESTADO \_\_\_\_\_ DELEGACIÓN \_\_\_\_\_ OCUPACIÓN O PROFESIÓN \_\_\_\_\_ LUGAR DONDE TRABAJA / EMPRESA \_\_\_\_\_ GIRO DE LA EMPRESA \_\_\_\_\_

¿HA PRESENTADO GASTOS ANTERIORES POR ESTE PADECIMIENTO O ACCIDENTE EN ESTA U OTRA COMPAÑÍA?  SI  NO SI SU RESPUESTA FUE AFIRMATIVA INDIQUE No. DE SINIESTRO \_\_\_\_\_

COMPAÑÍA \_\_\_\_\_ FECHA DE ALTA \_\_\_\_\_ DIA | MES | AÑO \_\_\_\_\_

¿ACTUALMENTE TIENE OTRO SEGURO?  SI  NO COMPAÑÍA \_\_\_\_\_

TIPO DE RECLAMACIÓN:  INICIAL  COMPLEMENTARIA INDIQUE TIPO DE ALTERACIONES Y/ O SINTOMAS QUE PRESENTÓ \_\_\_\_\_

FECHA EN QUE OCURRIÓ EL ACCIDENTE O APARICIÓN DE LOS PRIMEROS SÍNTOMAS DE LA ENFERMEDAD \_\_\_\_\_  
 DIA | MES | AÑO \_\_\_\_\_

FECHA EN QUE VISITO POR PRIMERA VEZ AL MÉDICO POR ESTA ENFERMEDAD \_\_\_\_\_  
 DIA | MES | AÑO \_\_\_\_\_

INDIQUE EL DIAGNÓSTICO MOTIVO DE SU RECLAMACIÓN \_\_\_\_\_

SI ES ACCIDENTE DETÁLLESE, ¿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 \_\_\_\_\_ COMPAÑÍA DEL TERCERO \_\_\_\_\_

HOSPITAL EN QUE FUE ATENDIDO \_\_\_\_\_ ESTUVO HOSPITALIZADO  SI  NO DÍAS DE ESTANCIA \_\_\_\_\_

¿QUÉ 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 \_\_\_\_\_ DIA | MES | AÑO \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ TEL. Y / O E-MAIL \_\_\_\_\_

- 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 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 (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:**  
 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 LA LATINOAMERICANA, 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 LA LATINOAMERICANA, 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, ASIMISMO 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 LA LATINOAMERICANA LA INFORMACIÓN DE SU CONOCIMIENTO Y QUE A SU VEZ LA LATINOAMERICANA 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**
\_\_\_\_\_  
**NOMBRE Y FIRMA DEL AFECTADO**

FECHA \_\_\_\_\_ DIA | MES | AÑO \_\_\_\_\_ LUGAR \_\_\_\_\_

La documentación contractual y la nota técnica que integran este producto, están registrados ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, de conformidad con lo dispuesto por los artículos 36, 36-A, 36-B, Y 36-D de la Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros, bajo el registro número **CNSF-S0013-0131-2010 de fecha 27/05/2010.**



PROGRAMACIÓN DE CIRUGÍA     TRATAMIENTO MÉDICO     REEMBOLSO

**INSTRUCCIONES:**

- 1.- ESTE FORMATO DEBE SER LLENADO Y FIRMADO POR EL MÉDICO TRATANTE CON LETRA DE MOLDE.
- 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 ACEPTAN CAMBIOS POSTERIORES.

FICHA DE IDENTIFICACIÓN												
APELLIDO PATERNO, MATERNO Y NOMBRE DEL PACIENTE:		EDAD	SEXO <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M									
CAUSA DE ATENCIÓN <input type="checkbox"/> PREVENCIÓN <input type="checkbox"/> EMBARAZO <input type="checkbox"/> ENFERMEDAD <input type="checkbox"/> ACCIDENTE		REFERIDO POR OTRO MÉDICO O UNIDAD <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO    ¿CUÁL? _____										
HISTORIA CLÍNICA (ESPECIFICAR TIEMPO DE EVOLUCIÓN)												
ANTECEDENTES PERSONALES PATOLÓGICOS		ANTECEDENTES PERSONALES NO PATOLÓGICOS										
ANTECEDENTES GINECO-OBSTÉTRICOS		ANTECEDENTES PERINATALES (SI ES NECESARIO)										
PADECIMIENTO ACTUAL												
PRINCIPALES SIGNOS Y SÍNTOMAS			<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><th colspan="3">FECHA DE INICIO</th></tr> <tr><td style="width: 33%;">DÍA</td><td style="width: 33%;">MES</td><td style="width: 33%;">AÑO</td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </table>	FECHA DE INICIO			DÍA	MES	AÑO			
FECHA DE INICIO												
DÍA	MES	AÑO										
CÓDIGO CIE-10	DESCRIPCIÓN DEL DIAGNÓSTICO		<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><th colspan="3">FECHA DIAGNÓSTICO</th></tr> <tr><td style="width: 33%;">DÍA</td><td style="width: 33%;">MES</td><td style="width: 33%;">AÑO</td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </table>	FECHA DIAGNÓSTICO			DÍA	MES	AÑO			
FECHA DIAGNÓSTICO												
DÍA	MES	AÑO										
<b>TIPO DE PADECIMIENTO</b> <input type="checkbox"/> CONGÉNITO <input type="checkbox"/> ADQUIRIDO <input type="checkbox"/> AGUDO <input type="checkbox"/> CRÓNICO ¿SE LE HA RELACIONADO CON ALGÚN OTRO PADECIMIENTO, ENFERMEDAD O ACCIDENTE? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO    ¿CUÁL? _____												
RESULTADO DE EXPLORACIÓN FÍSICA Y DE LOS ESTUDIOS REALIZADOS ( ANEXAR INTERPRETACIONES QUE CONFIRMEN DIAGNÓSTICO)												

TRATAMIENTO			
CÓDIGO CPT-4	DESCRIPCIÓN DE TRATAMIENTO		
FECHA DE INICIO DIA    MES    AÑO			
¿HUBO COMPLICACIONES? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	DESCRIPCIÓN DE COMPLICACIONES		
OBSERVACIONES			
NOMBRE DEL HOSPITAL	TIPO DE ESTANCIA <input type="checkbox"/> URGENCIA <input type="checkbox"/> HOSPITALARIA <input type="checkbox"/> CORTA ESTANCIA / AMBULATORIA	FECHA DE INGRESO DIA    MES    AÑO	FECHA DE EGRESO DIA    MES    AÑO
CIUDAD:			
DATOS GENERALES DEL MÉDICO TRATANTE			
APELLIDO PATERNO, MATERNO Y NOMBRE DEL MÉDICO _____		TELÉFONO: _____	
ESPECIALIDAD _____	R.F.C. _____	CELULAR: _____	
CÉDULA PROFESIONAL _____	CÉDULA DE ESPECIALIDAD Ó CERTIFICACIÓN _____		
NÚMERO DE PROVEEDOR _____	E-mail _____		
PRESUPUESTO			

NOTA.- LA INFORMACIÓN ASENTADA EN ESTE DOCUMENTO ES PROPORCIONADA CONFORME A LA EVALUACIÓN MÉDICA QUE HE BRINDADO AL PACIENTE Y CONFORME AL CONOCIMIENTO Y LOS ESTUDIOS MÉDICOS QUE LE HE REALIZADO O SOLICITADO BAJO MI RESPONSABILIDAD, Y ASIMISMO POR LAS REFERENCIAS DEL PROPIO PACIENTE O DE SUS FAMILIARES.

\_\_\_\_\_  
LUGAR Y FECHA

\_\_\_\_\_  
FIRMA DEL MÉDICO TRATANTE