

Instrucciones:

1. Este formato debe ser llenado con letra de molde. Firmado por el asegurado titular y asegurado afectado.
2. Debe ser llenado en su totalidad y proporcionar información completa y detallada.
3. No será válida si presenta tachaduras o enmendaduras.
4. El hecho de proporcionar los datos abajo solicitados no representa un compromiso de admitir la validez de la reclamación por parte de Prevem Seguros S.A. de C.V. ni a renunciar a los derechos que se reserva conforme al contrato. De lo declarado por el asegurado no se aceptan cambios posteriores.

A. Datos Generales - Datos de asegurado afectado.

Apellido Paterno, Materno y Nombre del Asegurado Titular:

Apellido Paterno, Materno y Nombre del Asegurado Afectado:

Fecha de Nacimiento: _____ dd/mm/yyyy Sexo: ☐ M ☐ F

Parentesco con el Titular: _____ Teléfono de contacto: _____

Nacionalidad: _____ Correo Electrónico de contacto: _____

Calle: _____ N° Exterior _____ N° Interior _____

Colonia: _____ Código Postal: _____

Delegación/Municipio: _____ Ciudad Estado _____

POLIZA: _____

B. Motivo de Reclamación.

- | | | |
|------------------------------------|---------------------------------------|--|
| ☐ Reembolso | ☐ Pago Directo | ☐ Programación de cirugía-Tratamiento |
| ☐ Accidente | ☐ Enfermedad | ☐ Embarazo |

C. Preguntas relacionadas con la enfermedad o accidente que declara.

Fecha en que ocurrió el accidente o aparición de los primeros síntomas de la enfermedad y que son motivo de esta reclamación: _____ dd/mm/yyyy

Indique tipo de alteraciones y/o síntomas que presentó:

Indique el diagnóstico motivo de su reclamación (indicado por su médico tratante):

Si es accidente, detállese ¿cómo y dónde fue?

¿Alguna autoridad tomó conocimiento del accidente? Sí ☐ No ☐

En caso de accidente automovilístico ¿cuenta con seguro de automóvil? Sí ☐ No ☐

En caso afirmativo favor de completar la siguiente información:

Nombre de la Compañía: _____

N° de Póliza: _____

Compañía del Tercero: _____

¿Estuvo hospitalizado? Sí ☐ No ☐ Días de estancia: _____

En qué hospital: _____

¿Ha presentado gastos anteriores por este padecimiento o accidente en esta u otra compañía? Sí ☐ No ☐

Si su respuesta fue afirmativa favor de completar la siguiente información:

N° de Siniestro: _____ Compañía: _____

Fecha de la reclamación: dd/mm/yyyy _____

¿Actualmente cuenta con otro Seguro de Gastos Médicos? Sí ☐ No ☐

Indique cuál: _____

D. Información médico (s) consultados.

Nombre del Médico Tratante: _____

Especialidad: _____ Nombre del Hospital: _____

Teléfono consultorio: _____ Celular: Teléfono: _____

Correo Electrónico: _____

Dirección: _____

Fecha de Atención inicial con este médico: dd/mm/yyyy Fecha de Hospitalización: dd/mm/yyyy

Nombre y teléfono de Médico familiar o de cabecera:

E. Instrucciones del Pago.

Por este conducto solicito y autorizo a Prevem Seguros S.A. De C.V. para que para cualquier pago que proceda a mi favor, derivado del contrato de seguro concertado con esta aseguradora, se realice según la siguiente información:

☐ Transferencia Electrónica ☐ Cheque

Nombre del Banco: _____

CLABE:

Nota: En caso de proceder el pago de la presente reclamación se realizará a nombre del asegurado titular de la póliza; la cuenta bancaria indicada debe pertenecer a éste.

“El Asegurado” acepta que al momento de efectuarse el pago de la “Indemnización”, quedarán cubiertas todas las prestaciones que pudiera demandar a PREVEM Seguros, S.A. de C.V., con relación al siniestro citado en el rubro. Las partes convienen que al momento de realizarse la entrega del pago correspondiente, ya sea: (i) mediante cheque, y desde la entrega del mismo, siendo responsabilidad de “El Asegurado su cobro” o (ii) mediante transferencia electrónica a la entrega del comprobante, el presente instrumento hará las veces de un Recibo Finiquito, por lo cual “El Asegurado” manifiesta bajo protesta de decir verdad que, habiendo recibido el pago, no se reserva ninguna acción legal o derecho presente o futuro, ya sea de carácter civil, penal, laboral, fiscal, administrativo, laboral, o de cualquier otra naturaleza o índole, que ejercitar en contra de PREVEM Seguros, S.A. de C.V., ni en contra de sus empleados, apoderados, representantes legales, trabajadores, prestadores de servicios, funcionarios, filiales, ni por cualquier hecho derivado de “El Siniestro” ni de “La Póliza” señalados, respecto a la reclamación formulada, otorgando en este acto el más amplio finiquito que en derecho proceda, en virtud de que ha visto satisfecha su reclamación y no se le adeuda cantidad alguna.

F. Documentación y firmas.

- 1 Copia de la actuación del ministerio público o atención recibida de la institución (en caso de accidente en vía pública).
- 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 y estados de cuenta (quedarán sin validez copias, recibos provisionales, etc.).
- 5 Por cada médico tratante se deberán llenar los informes médicos correspondientes y su participación en el evento.

Autorización

Se le informa que la inexacta o falsa declaración proporcionada en este formato releva de toda responsabilidad a Prevem Seguros S.A. de C.V. 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 Prevem Seguros S.A. de C.V. aun 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 Prevem Seguros S.A. de C.V. 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 seguros a las que previamente he solicitado la celebración de cualquier contrato o solicitud de seguros para que proporcionen a Prevem Seguros S.A. de C.V. la información de su conocimiento y que a su vez Prevem Seguros S.A. de C.V. 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 o
Contratante

Nombre y firma del Afectado
(En caso de ser menor de edad firma de
cualquiera de los padres)

Fecha: _____ dd/mm/yyyy

Lugar _____