



# Seguros Atlas, S.A.

"La Empresa a la Medida" ®

Seguros Atlas, S.A. Paseo de los Tamarindos No. 60 Col. Bosques de las Lomas, 05120 México, D.F. Tel.: (55) 9177-50-00 Fax: 9177-51-10  
www.segurosatlas.com.mx segatlas@segurosatlas.com.mx

## AVISO DE ACCIDENTE O ENFERMEDAD (DEBE SER CONTESTADO POR EL ASEGURADO)

Póliza No.

Empresa contratante

Asegurado Titular

Apellido Paterno

Apellido Materno

Nombre

No. de Certificado

Ocupación

### DATOS DEL ASEGURADO AFECTADO

Nombre del Asegurado Afectado

Apellido Paterno

Apellido Materno

Nombre

Fecha de Nacimiento

Día Mes Año Edad

Fecha de alta del Seguro

Día Mes Año

Parentesco con el Asegurado

Ocupación

Domicilio

Ciudad

C.P.

Teléfono

¿Tiene o ha tenido Seguros de Gastos Médico son otra Compañía?

Si ( )

No ( )

Compañía

No. de Póliza

Se trata de:

Accidente ( )

Enfermedad ( )

Embarazo ( )

¿Ha presentado gastos anteriores por este padecimiento en esta u otra compañía?

Si ( )

No ( )

Compañía(s)

No. de Siniestro

Nombre del Agente

Clave

Estado

Fecha en que ocurrió el accidente o aparecieron los primeros síntomas de la enfermedad

Día Mes Año

Anotar fecha del primer gasto Día Mes Año Recibo No. Monto:

¿Cuál fue el accidente o enfermedad?

Si es accidente detállese ¿Cómo y dónde ocurrió?

Mencione el motivo por el cual recibió la atención Médica

¿Cuáles estudios de laboratorio y gabinete le fueron realizados?

Hospital en que fue atendido

No. de días que estuvo hospitalizado

Autoridad que tomó conocimiento del accidente (Anexar copias de las actuaciones del Ministerio Público)

### DATOS DE LOS MEDICOS QUE LO HAN ATENDIDO

Nombre

Especialidad

Dirección

Teléfono

NOTA: Autorizo a las Compañías de Seguros, a los Médicos y a los Hospitales que me hayan atendido a proporcionar la información que les sea solicitada por Seguros Atlas, S.A., en relación a los padecimientos por los cuales me hayan tratado. La copia fotostática de esta autorización es tan válida como el original. Anexar copia del expediente hospitalario e historia clínica.

AVISO: La inexacta o falsa declaración proporcionada en el presente informe. Releva de toda responsabilidad a Seguros Atlas, S.A.

Firma del Titular

Nombre y Firma del Asegurado Afectado

Fecha en \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 200 \_\_\_\_\_

CONTRATO DE NO ADHESION. NO REQUIERE AUTORIZACION POR LA C.N.S.F.

## SOLICITUD PARA REEMBOLSO DE GASTOS MEDICOS

Estimado Asegurado:

Con la finalidad de darle una respuesta en el menor tiempo posible le sugerimos leer cuidadosamente este documento.

### RECOMENDACIONES GENERALES:

- A) Presente un informe médico por cada médico tratante. (Excepto ayudante y anesthesiólogo). Deberá estar requisitado en todos sus incisos.
- B) Verifique que todas las preguntas de esta solicitud sean contestadas con claridad y precisión evitando omitir datos.
- C) Si el hospital o el médico expide un recibo por el total de su cuenta, solicite el desglose por cada concepto.
- D) No se reembolsará donativos a instituciones de beneficencia.
- E) En caso de que se trate de una reclamación complementaria, favor de proporcionar su número de reclamación anterior.

### DOCUMENTOS QUE SE DEBEN PRESENTAR POR CADA ASEGURADO:

- A) Esta solicitud debidamente contestada y firmada por el asegurado.
- B) En cualquier atención hospitalaria, anexar la historia clínica del hospital completa que incluya: antecedentes, padecimiento actual, diagnóstico, resultado de los estudios practicados y el tratamiento realizado. En caso de cirugía presentar hoja del reporte de la sala de operaciones.
- C) Resultado de los estudios practicados (laboratorio, radiografías, ultrasonido, tomografías, resonancia magnética, estudio histopatológico, etc.)
- D) Original de los comprobantes de los gastos erogados (factura, recibos de honorarios, notas de farmacia que indiquen los medicamentos y acompañados de la receta, etc.)
- E) El informe médico deberá firmarse de conformidad por el Asegurado, en caso de ser menor de edad por el responsable legal.

Estos deben reunir invariablemente los requisitos fiscales que para tal efecto exige la Secretaría de Hacienda y Crédito Público como son: Cédula de identificación fiscal, número de factura o recibo, etc.

**NOTA: Verifique que la información requerida esté completa, en caso contrario nos veremos en la necesidad de solicitarlo posteriormente.**