

**Motivo de la reclamación:**

- Reembolso
- Programación de cirugía - tratamiento
- Pago directo

**Tipo de reclamación:**

- Accidente
- Embarazo
- 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.- DE POR LA EL HECHO RECLAMACIÓN DE NI A PROPORCIONAR RENUNCIAR ESTE ALOS FORMULARIO, DERECHOS LA QUE SE INSTITUCIÓN RESERVA 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.

Nombre o razón social del contratante:				No. de póliza:			
Apellido paterno:		Apellido materno:		Nombre del asegurado titular:		R.F.C. o C.U.R.P.	
Apellido paterno:		Apellido materno:		Nombre del asegurado afectado:		R.F.C. o C.U.R.P.	
No. certificado del afectado:			Fecha de alta:			Nacionalidad:	
			DÍA	MES	AÑO		
			D   D	M   M	A   A		
Fecha de nacimiento:		DÍA	MES	AÑO	Sexo:	Parentesco con el titular:	Correo electrónico (opcional):
		D   D	M   M	A   A			
Teléfono de contacto:			Domicilio:			Municipio:	No. interior:
Clavelada ( )							
Colonia:			C.P.:			Estado:	
Delegación:			Ocupación ó profesión:			Lugar donde trabaja / empresa:	
¿Ha presentado gastos anteriores por este padecimiento o accidente en esta u otra compañía? <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No							
Si su respuesta fue afirmativa indique No. de siniestro:							
Compañía:			Fecha de alta:			¿Actualmente tiene otro seguro?	
			DÍA	MES	AÑO		
			D   D	M   M	A   A		<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No
Compañía:			Tipo de reclamación:				
			<input type="radio"/> Inicial <input type="radio"/> Complementaria				
Fecha en que ocurrió el accidente o aparición de los primeros síntomas de la enfermedad:			DÍA	MES	AÑO	Fecha en que visitó por primera vez al médico por esta enfermedad:	
			D   D	M   M	A   A	DÍA	MES
			D   D	M   M	A   A	D   D	M   M
Indique tipo de alteraciones y/o síntomas que presentó:							
Indique el diagnóstico motivo de su reclamación:							

Cancelado

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? <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No		Nombre de la compañía:	
Cobertura:	Suma asegurada:	No. de póliza:	Cobertura del tercero:
Hospital en que fue atendido:		Estuvo hospitalizado: <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	Días de estancia:
¿Que estudios se realizaron para el diagnóstico y/o tratamiento?			
Nombre del médico tratante:		Especialidad:	
Dirección:		Tel. y/o correo electrónico:	
Médicos que ha consultado en los últimos dos años:			
Causa y fecha:		Tel. y/o correo electrónico:	

Cancelado

**Documentos a presentar:**

- 1.- Copia de documentación 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.
- 6.- Copia de identificación oficial para el contratante (ife, pasaporte), sólo si es persona física.

**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 **Servicios Integrales de Salud Nova, S.A. de C.V.** 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 Servicios Integrales de Salud Nova, 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, 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 Servicios Integrales de Salud Nova, S.A. de C.V. la información de su conocimiento y que a su vez Servicios Integrales de Salud Nova, 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**

**NOMBRE Y FIRMA DEL AFECTADO**

**FECHA:**

DÍA	MES	AÑO
D   D	M   M	A   A

**LUGAR:** \_\_\_\_\_