

Solicitud para reclamación de gastos médicos mayores

Apreciable asegurado

Esperando darle una respuesta en el menor tiempo posible, favor de leer las siguientes recomendaciones generales.

Recomendaciones generales

1.
Presentar un informe médico por cada médico tratante.
2.
Requisitar esta solicitud con claridad y precisión evitando omitir datos.
3.
Si el hospital o el médico expide un recibo por el total de su cuenta, solicitar desglose por cada concepto.
4.
No son reembolsables donativos a instituciones de beneficencia.
5.
En caso de ser reclamación complementaria, proporcionar número de reclamación anterior.
6.
Conserve copia de todos y cada uno de los comprobantes cuyo reembolso se pretenda, ya que podrán ser deducibles de impuestos sobre la renta en los términos del artículo 140, fracción II de la propia Ley, descontando de estos gastos el importe reembolsado por la Compañía, para lo cual también será necesario conservar el comprobante de pago correspondiente.

Documentación que debe presentar el asegurado

- a)
Llenar esta solicitud, debidamente contestada y firmada, tanto por el asegurado como por el médico tratante.
- b)
Resultados de los estudios practicados (laboratorio, radiografías, ultrasonido, tomografías, resonancia magnética, estudio histopatológico, etc.)
- c)
Original de los comprobantes de los gastos erogados (facturas, recibos de honorarios, facturas de farmacias que indiquen los medicamentos y acompañados de la receta, etc.).
- d)
Anexar documento de trabajo para identificación del cliente, así como copia de la credencial de elector y comprobante de domicilio del titular (en caso de reembolso inicial).

Estos deben incluir 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.

Verifique que la información requerida esté completa, en caso contrario le será solicitada posteriormente.



ZURICH

aviso de accidente o enfermedad

Motivo de la reclamación: ☐ Reembolso ☐ Pago directo ☐ Programación de cirugía-tratamiento

Tipo de reclamación: ☐ Accidente ☐ Enfermedad ☐ Embarazo

Datos del asegurado

Nombre o razón social del contratante		Número de póliza	
Apellido paterno, materno y nombre del asegurado titular		RFC o CURP	
Apellido paterno, materno y nombre del asegurado afectado		RFC o CURP	
Número certificado del afectado		Fecha de alta	
Fecha de nacimiento	Sexo	Parentesco con el titular	Correo electrónico (opcional)
Domicilio		Teléfono (clave lada)	
CALLE		NÚMERO EXTERIOR NÚMERO INTERIOR	
COLONIA	CODIGO POSTAL	ESTADO	DELEGACIÓN
Ocupación	Lugar donde trabaja / Empresa	Giro de la empresa	

Gastos anteriores

¿Ha presentado gastos anteriores por este padecimiento o accidente en esta u otra compañía? SI ☐ NO ☐ — Si su respuesta fué afirmativa, complete a continuación:

Número de siniestro	Compañía	Fecha de alta
¿Actualmente tiene otro seguro? ¿Cuál?	Compañía	

Incidente

Tipo de reclamación: ☐ Inicial ☐ Complementaria	Indique tipo de alteraciones y/o síntomas que presentó		
Fecha en que ocurrió el accidente o aparición de los primeros síntomas de la enfermedad			
Fecha en que visitó por primera vez al médico por esta enfermedad			
Si es accidente, detallese ¿cómo fué?			
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	Número de póliza	Cobertura
			Compañía del tercero

Hospitalización

¿Estuvo hospitalizado? SI ☐ NO ☐	Nombre del hospital en que fué atendido		
¿Qué estudios se le realizaron para el diagnóstico y/o tratamiento?			
Nombre del médico tratante	Especialidad		
Dirección	Teléfono y/o E-mail		
Médicos que ha consultado en los últimos dos años	Nombre del médico / especialidad		
Fecha	Causa	Teléfono y/o E-mail	

INSTRUCCIONES:

- Este cuestionario deberá ser llenado y firmado por el asegurado con letra de molde.
- Es necesario llenar la forma en su totalidad y dar información completa y detallada.
- 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.
- Este documento no será válido con tachaduras, enmendaduras y de lo declarado no se aceptan cambios posteriores.

DOCUMENTOS A PRESENTAR:

- Copia de la actuación del Ministerio Público o atención recibida de la institución en caso de accidente.
- Interpretación de estudios radiológicos o de gabinete.
- Copia de identificación oficial del asegurado afectado (IFE, Pasaporte y en caso de menores de 5 años Acta de Nacimiento)
- Recibos de gastos que cuenten con los requisitos fiscales (quedarán sin validez copias, recibos provisionales, estados de cuenta, etc.)
- Por cada médico tratante se deberán llenar los informes médicos correspondientes y su participación en el evento.

Notas: Se le informa que la inexacta o falsa declaración proporcionada en el siguiente cuestionario releva de toda responsabilidad a la institución.

Autorizo a los médicos que me hayan asistido o examinado, a los hospitales, sanatorios y clínicas a los que haya ingresado para estudio, diagnóstico o tratamiento de cualquier enfermedad o lesión para que proporcione toda la información que se requiera tales como resultados de estudios de laboratorio y gabinete, historia clínica completa, indicaciones médicas y todo aquello que pueda ser útil para la evaluación correcta de mi reclamación. En relación a lo anterior relevo de cualquier responsabilidad y del secreto médico a las personas responsables de proporcionar la información, así mismo, autorizo a las compañías de seguro a las que previamente he solicitado pólizas para que proporcionen la información de su conocimiento para la correcta evaluación de mi reclamación.

Nombre y firma del titular	Nombre y firma del afectado
Fecha	Lugar

Este documento está registrado ante la Comisión Nacional de Seguros y de Fianzas, de conformidad con lo dispuesto en los artículos 36A y 36B de la Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros, por oficio 06-367-I-1.1/19376 de fecha 26 de junio de 1995.

Zurich Vida Compañía de Seguros, S.A. • Blvd. Manuel Avila Camacho No. 126, Col. Lomas de Chapultepec, 11000 México, D.F. Atención a Clientes: 5284-1000 Lada sin costo: 01 800 011 5900.

instrucciones:

☐ programación de cirugía ☐ tratamiento médico ☐ reembolso

- 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(s) del paciente

edad

sexo

F ☐ M ☐

Causa de atención

prevención ☐ embarazo ☐ enfermedad ☐ accidente ☐

referido por otro médico o unidad

sí ☐ 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

fecha de inicio:

día mes año

Código CIE 10

Descripción del diagnóstico

fecha de diagnóstico:

día mes año

Tipo de padecimiento congénito ☐ adquirido ☐ agudo ☐ crónico ☐

¿Se le ha relacionado con algún otro padecimiento, enfermedad o accidente? sí ☐ no ☐ ¿cuál?

Resultado de la exploración física y de los estudios realizados (anexar interpretaciones que confirmen diagnóstico)

Tratamiento

código cpt 4

descripción del tratamiento

¿hubo complicaciones?

sí ☐ no ☐

descripción de complicaciones

observaciones

nombre del hospital

tipo de estancia

urgencia

☐

hospitalaria

☐

corta estancia / ambulatoria

☐

fecha de ingreso

día mes año

fecha de egreso

día mes año

ciudad

Datos generales del médico tratante

Apellido paterno, apellido materno y nombre(s) del médico

Teléfono

especialidad

R.F.C.

celular

cédula profesional

cédula de especialidad o certificación

número de proveedor

e-mail:

presupuesto

NOTA: Como Médico tratante relevo a las instituciones o personas involucradas, del secreto profesional y de cualquier responsabilidad y hago constar que la inexacta o falsa declaración en el presente informe médico puede invalidar toda responsabilidad de la Aseguradora con el Asegurado.

Lugar y fecha

Firma del Médico Tratante

Este documento está registrado ante la Comisión Nacional de Seguros y de Fianzas, de conformidad con lo dispuesto en los artículos 36A y 36B de la Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros, por oficio 06-367-I-1.1/19376 de fecha 26 de junio de 1995.

Zurich Vida Compañía de Seguros, S.A. • Blvd. Manuel Avila Camacho No. 126, Col. Lomas de Chapultepec, 11000 México, D.F. Atención a Clientes: 5284-1000 Lada sin costo: 01 800 011 5900.