



ZURICH

Solicitud para reclamación de gastos médicos mayores

Recomendaciones:

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.

Aviso de accidente o enfermedad

INSTRUCCIONES:

1. Este cuestionario deberá ser llenado y firmado por el asegurador 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 ☐ 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		Nacionalidad	
Calle		Teléfono (clave lada)	
Colonia		Número exterior	
Código Postal		Número interior	
Estado		Delegación	
Ocupación		Giro de la empresa	
Lugar donde trabaja / Empresa			

Gastos anteriores

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

Número de siniestro Compañía Fecha de alta

¿Actualmente tiene otro seguro? ¿Cuál?

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

Indique el motivo de su reclamación

Si es accidente, detalle ¿cómo fue? Autoridad que tomó conocimiento del accidente (anexar copias del Ministerio Público)

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

Nombre de la compañía Número de póliza Cobertura Compañía del tercero

Hospitalización

¿Estuvo hospitalizado? ☐ Sí ☐ No ☐ Días de estancia Nombre del hospital en que fue atendido

¿Qué estudios 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

Fecha	Causa	Nombre del médico / especialidad	Teléfono 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.

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, 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 Zurich Vida Compañía de Seguros, S.A., aún cuando no exista una orden judicial o administrativa toda la información referente a mis antecedentes personales patológicos, historia clínica, 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 Zurich Vida Compañía de Seguros, S.A., lo considere oportuno, inclusive después de mi fallecimiento. Con la presente autorización revelo de cualquier responsabilidad derivada del secreto médico a las personas responsables de proporcionar 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 Zurich Vida Compañía de Seguros, S.A., la información de su conocimiento y que a su vez Zurich Vida Compañía de Seguros, S.A., proporcione a cualquier otra empresa del sector asegurador la información requerida 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
Día Mes Año	Lugar
Fecha	

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.

☐ 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

Nombre del paciente

Sexo

Apellido paterno

Apellido materno

Nombre(s)

Edad

☐ F ☐ M

Causa de atención

Referido por otro médico o unidad

☐ Prevención☐ Embarazo☐ Enfermedad☐ Accidente☐ 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 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 exploración física y de los estudios realizados (anexar interpretaciones que confirmen diagnóstico)

Tratamiento

Código cpt 4

Descripción del tratamiento

Fecha de egreso

Día | Mes | Año

¿Hubo complicaciones?

sí ☐ no ☐

Descripción de complicaciones

Observaciones

Nombre del hospital

Tipo de estancia

Urgencia

Hospitalaria

Corta estancia / Ambulatoria

Fecha de egreso

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: La información asentada en este documento es proporcionada conforme a la evaluación médica que he brindado al paciente y conforme al conocimiento y estudios médicos que le he realizado o solicitado bajo mi responsabilidad y así mismo por las referencias del propio paciente o de sus familiares.

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, C.P. 11000, México, D.F. Atención a Clientes: 5284-1000 Lada sin costo: 01800 011 5900.