



Aviso de privacidad simplificado

PACIENTES

a. Identidad y domicilio del responsable:

En virtud de lo dispuesto por la Ley Federal de Protección de Datos Personales en Posesión de los Particulares (la LFPD) y resto de disposiciones aplicables, a AON (en adelante, el "Responsable"), con domicilio social, y para oír y recibir notificaciones en: Blvd. Manuel Ávila Camacho No. 1, Piso 13, Col. Polanco, C.P. 11560, México, D.F., le informa de manera expresa:

b. Finalidades del Tratamiento:

Finalidades originarias y necesarias:

- 1) determinar la elegibilidad y procesar solicitudes para los productos y servicios;
- 2) comprender y evaluar las necesidades de los clientes actuales para ofrecer productos y servicios que satisfagan sus necesidades;
- 3) llevar a cabo con el cliente la comunicación, servicio, facturación y administración;
- 4) administrar las reclamaciones;
- 5) realizar seguimientos y capacitación;
- 6) Gestión y administración para la reclamación y otorgamiento del reembolso de gastos médicos, derivado de cualquier accidente, enfermedad o padecimiento, en cumplimiento de las disposiciones legales establecidas en la normatividad aplicable.

Finalidades adicionales:

1. No existen

c. **Tratamiento de datos personales sensibles.- Datos de Salud.** El Responsable debe recabar datos personales considerados como sensibles por la legislación aplicable, en particular aquellos referentes a su salud presente. Por lo anterior, solicitamos su consentimiento expreso y por escrito para el tratamiento de dichos datos.

Acepto y consiento que el Responsable trate mis datos personales sensibles para las finalidades indicadas.

d. Mecanismos para conocer el Aviso de Privacidad Integral:

Para mayor información acerca del tratamiento y de los derechos que puede hacer valer, usted puede acceder al Aviso de Privacidad Integral de Aon, con ubicación en Blvd. Manuel Ávila Camacho No. 1, Piso 13, Col. Polanco, C.P. 11560, México, D.F., a través de la siguiente liga <http://www.aon.com/mexico/about-aon/politica-de-privacidad.jsp> o a través del siguiente correo electrónico: mxUnidadARCO@aon.com.



Declaración del reclamante

(Deberá ser llenado por el empleado)

Empresa		Subgrupo / Planta		Opción	
Empleado		Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombre	No. Nómina
Trámite inicial ()		Complementaria ()	Si es complementaria anote el número del trámite:		

Datos del afectado						
Apellido Paterno		Apellido Materno		Nombre	Fecha de nacimiento	sexo
						Masc.() Fem.()
Dependencia del afectado		Titular ()	Cónyuge (Hijo ()	Padre ()	Otro ()	
Fecha de alta al plan, del afectado				Estado civil	Soltero () Casado ()	

Enfermedad	
Fecha de inicio del Padecimiento	
Nombre de la enfermedad	

Accidente	
Fecha del accidente	
Lugar del accidente	
Como ocurrió	
Lesiones sufridas	

Información general respecto al padecimiento atendido	
Fecha en que acudió por primera vez al médico	
Que intervención quirúrgica le realizaron, si la hubo	
En que hospital se internó o se internará	
Fecha de admisión al hospital	
Fecha de salida del hospital	

Que médicos ha consultado para atenderse de este padecimiento			
Nombre del médico	Dirección	Fecha	Motivo

El que suscribe, solicita y autoriza a los hospitales donde fué internado el afectado así como al médico o médicos que lo atendieron para que proporcionen a Aon la información que les sea solicitada, en relación a la presente reclamación. Cualquier copia fotostática de ésta autorización se deberá considerar tan efectiva y válida como original.

Lugar y Fecha	Firma
---------------	-------

Para transferencias, anotar la CLABE interbancaria (18 dígitos).	Banco	Número de CLABE
--	-------	-----------------



Informe Médico

(Deberá ser llenado por el médico tratante)

Paciente	Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombre	Edad
				Sexo

Enfermedad	
Impresión Diagnóstica	
Diagnóstico Definitivo	
Estudios de laboratorio practicados	
Padecimiento congénito	Fecha de Inicio del Padecimiento
SI () NO ()	Fecha de inicio de la Sintomatología
Principales síntomas	
Evolución	

Accidente	
Fecha del accidente	
Como ocurrió	
Lesiones sufridas	

Información general respecto al padecimiento atendido			
Fecha en que atendió por primera vez al paciente			
Otras fechas en que lo atendió			
Describa las complicaciones			
Tratamiento Médico () Quirúrgico ()	Especifique el tratamiento		
Complicaciones			
Fecha de alta Médica			
En caso de Hospitalización (programación de cirugía)			
Nombre del Hospital o Clínica			
Fecha de Ingreso	Fecha de cirugía	Fecha de Alta	
Presupuesto de Honorarios	Cirujano \$	Anestesiista \$	Ayudante \$
Tratamiento utilizado	Especifique el tratamiento		
Observaciones			

Con anterioridad el paciente ha tenido la misma afección o similar . En caso afirmativo proporcionar descripción y fecha	
Descripción	
Fechas	

Médico tratante

Nombre del Médico	Especialidad	
Dirección	Teléfono y/ o Cel.	
Cédula Profesional	R.F.C.	Registro S.S.A.
Lugar y Fecha	Firma	