



Nombre del consultor:

## Trámite de Plan Autofinanciado o Cash Flow

Nombre del Cliente

Contrato:	
Período:	
Administradora:	
Fecha de envío a Aon:	
Tipo de trámite:	Inicial ( ) Complemento ( )
N° de Referencia de Aon:	

### Datos Generales

Nombre del titular:	
Nombre del afectado	
Parentesco:	
Fecha de nacimiento del titular:	
Fecha de nacimiento del afectado:	
No. De Empleado:	
Padecimiento:	
Fecha de alta en la Empresa:	
Fecha de inicio de Síntomas:	
Fecha del primer gasto:	

### Documentación Anexa

	Importe		Documentos
Facturas de Hospital:		Historia Clínica	
Honorarios Quirúrgicos:		Resultado de Estudios	
Honorarios Anestesiastas:		Informe Médico	
Honorarios Ayudante		Aviso de Enfermedad	
Honorarios Consultas:		Finiquitos	
Facturas de Farmacia:		Radiografías	
Facturas de Laboratorio:		Otros	
Facturas Gabinete:			
I.V.A.			
Otros:			
Total Presentado		Total Reclamado	

### Trámite Solicitado

Anticipo ( )	Reembolso ( )	Carta Pase ( )	Valoración ( )
Otros:			

Favor de expedir Transferencia (18 dígitos) a nombre de :				
Observaciones:				

Firma \_\_\_\_\_

Comentarios y sugerencias: [calidad@aon.com.mx](mailto:calidad@aon.com.mx)

Documento perteneciente al Sistema de Gestión de Calidad Aon México- Verifique en el sistema Masterweb que esta sea la versión autorizada antes de su uso, en caso de alta, baja o modificación, notificar a la Coordinación de Calidad.

F-SBP-02 Trámite Siniestros Gastos Médicos Rev.03



## 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](mailto: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:			

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

<b>Enfermedad</b>	
Fecha de inicio del Padecimiento	
Nombre de la enfermedad	

<b>Accidente</b>	
Fecha del accidente	
Lugar del accidente	
Como ocurrió	
Lesiones sufridas	

<b>Información general respecto al padecimiento atendido</b>	
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	

<b>Que médicos ha consultado para atenderse de este padecimiento</b>			
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
--	-------	-----------------