



**GENERAL
DE SALUD**

OFICINA MATRIZ

Patriotismo 266

San Pedro de los Pinos

03800 | CDMX | Tel. 5270.8000

Del Interior de la República 01800.727.2583

AVISO DE ACCIDENTE O ENFERMEDAD

| FECHA DE SOLICITUD | | |
|--------------------|-----|-----|
| DÍA | MES | AÑO |

CON LA FINALIDAD DE AGILIZAR SU TRÁMITE, LE SOLICITAMOS NOS AYUDE A CONTESTAR TODOS LOS ESPACIOS CON LETRA DE MOLDE.

| | | | | | | | | | | | | | |
|---|-----|---------------------------------------|-----|------------------|-----|---------------------------|--|------------|--|--|--|---------------|--|
| NOMBRE DE LA EMPRESA O CONTRATANTE: | | | | | | NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN: | | | | | | | |
| TITULAR: APELLIDO PATERNO | | | | APELLIDO MATERNO | | | | NOMBRE (S) | | | | | |
| ASEGURADO AFECTADO: APELLIDO PATERNO | | | | APELLIDO MATERNO | | | | NOMBRE (S) | | | | | |
| FECHA DE NACIMIENTO | | FECHA DE ALTA EN EL PROGRAMA DE SALUD | | OCUPACIÓN | | CORREO ELECTRÓNICO | | | | | | | |
| DÍA | MES | AÑO | DÍA | MES | AÑO | | | | | | | | |
| TELÉFONO PARTICULAR: | | | | | | TELÉFONO CELULAR: | | | | | | | |
| DOMICILIO: | | | | | | CIUDAD Y ESTADO: | | | | | | CÓDIGO POSTAL | |

¿TIENE O HA TENIDO ALGUNA COBERTURA DE GASTOS MÉDICOS O PROGRAMA DE SALUD CON OTRA COMPAÑÍA? SI NO
 EN CASO AFIRMATIVO, FAVOR DE INDICARNOS CON QUÉ COMPAÑÍA: _____ No. de Póliza: _____

DATOS DEL EVENTO

| | | | | | | |
|-----------------------|------------------------------------|-------------------------------------|-----------------------------------|-----------------|-----|-----|
| CAUSA DE RECLAMACIÓN: | ACCIDENTE <input type="checkbox"/> | ENFERMEDAD <input type="checkbox"/> | EMBARAZO <input type="checkbox"/> | FECHA DE INICIO | | |
| | | | | DÍA | MES | AÑO |

¿CUÁL FUE EL ACCIDENTE O ENFERMEDAD?: _____

EN CASO DE HABER SIDO UN ACCIDENTE, FAVOR DE DETALLAR CÓMO SUCEDIÓ:

¿SE REALIZARON ESTUDIOS AUXILIARES DE DIAGNÓSTICO? SI NO
 EN CASO AFIRMATIVO, FAVOR DE ANEXAR LOS ESTUDIOS ORIGINALES CON SUS INTERPRETACIONES
 ¿QUÉ ESTUDIOS SE REALIZARON? _____

DATOS DE LOS MÉDICOS QUE LO HAN ATENDIDO

| | | |
|-------------------------------|-------------------|----------------------|
| 1. MÉDICO TRATANTE: | ESPECIALIDAD: | CÉDULA PROFESIONAL: |
| 1. DOMICILIO DEL CONSULTORIO: | TEL. CONSULTORIO: | CÉDULA ESPECIALIDAD: |
| 2. MÉDICO TRATANTE: | ESPECIALIDAD: | CÉDULA PROFESIONAL: |
| 2. DOMICILIO DEL CONSULTORIO: | TEL. CONSULTORIO: | CÉDULA ESPECIALIDAD: |

NOTA: Gastos no cubiertos en la póliza y con cargo al paciente: pañales, comida de los acompañantes, llamadas de larga distancia, gastos del recién nacido, caja fuerte, utensilios de uso personal, tales como pañuelos desechables, shampoo, maquillaje, zapatos, juguetes, flores, dulces, ropa, excedente de habitación estándar y películas.

AVISO: Se le informa que la inexacta o falsedad de declaración proporcionada en el presente cuestionario, invalidará toda responsabilidad de la Compañía.

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 General de Salud, Compañía de Seguros, S.A., 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 General de Salud, Compañía de Seguros, S.A. 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 General de Salud, Compañía de Seguros, S.A. o la información de su conocimiento y que a su vez General de Salud, Compañía de Seguros, S.A. 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.

| | | |
|---------------|-------------------|------------------------------|
| Lugar y Fecha | Firma del Titular | Firma del Asegurado Afectado |
| _____ | _____ | _____ |