

**AVISO DE ACCIDENTES O ENFERMEDAD  
(REEMBOLSO, PROGRAMACIÓN DE SERVICIOS Y/O TRATAMIENTO MÉDICO)**

ESTE CUESTIONARIO DEBERÁ SER LLENADO SEGÚN APLIQUE CON INFORMACIÓN COMPLETA, DETALLADA, FIRMADO POR EL ASEGURADO.

POR EL HECHO DE PROPORCIONAR ESTE FORMULARIO, LA COMPAÑÍA NO QUEDA OBLIGADA A ADMITIR LA VALIDEZ DE LA RECLAMACIÓN NI A RENUNCIAR A LOS DERECHOS QUE SE RESERVA CONFORME A LA PÓLIZA.

ESTE FORMULARIO NO ES VÁLIDO SI PRESENTA TACHADURAS Y/O ENMENDADURAS.

**I. DATOS DEL ASEGURADO TITULAR**

APELLIDO PATERNO		APELLIDO MATERNO		NOMBRE(S)		No. PÓLIZA			
R.F.C.	LETRAS	AÑO	MES	DÍA	HOMOCLAVE <small>(SI CUENTA CON ELLA)</small>	CURP (SI CUENTA CON ELLA)	NACIONALIDAD	SEXO <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	ESTADO CIVIL <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> D
PROFESIÓN U OCUPACIÓN (SÓLO PERSONA FÍSICA)				ACTIVIDAD O GIRO DE NEGOCIO DONDE TRABAJA			CORREO ELECTRÓNICO (SI CUENTA CON EL)		
<b>DOMICILIO</b>									
CALLE				No. EXTERIOR	No. INTERIOR	COLONIA		C.P.	
DELEGACIÓN O MUNICIPIO		CIUDAD O POBLACIÓN		ENTIDAD FEDERATIVA		PAÍS		CLAVE	TELÉFONO

**II. DATOS DEL ASEGURADO AFECTADO (EN CASO DE SER DISTINTO AL ASEGURADO TITULAR)**

APELLIDO PATERNO		APELLIDO MATERNO		NOMBRE(S)		No. DE CERTIFICADO		CÓDIGO CLIENTE (SI CUENTA CON EL)	
R.F.C.	LETRAS	AÑO	MES	DÍA	HOMOCLAVE <small>(SI CUENTA CON ELLA)</small>	OCUPACIÓN	PARENTESCO CON EL TITULAR	SEXO <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	ESTADO CIVIL <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> D
<b>DOMICILIO (EN CASO DE SER DISTINTO AL DEL ASEGURADO TITULAR)</b>									
CALLE				No. EXTERIOR	No. INTERIOR	COLONIA		C.P.	
DELEGACIÓN O MUNICIPIO		CIUDAD O POBLACIÓN		ENTIDAD FEDERATIVA		PAÍS		CLAVE	TELÉFONO
LUGAR DONDE RECIBIÓ LA ATENCIÓN				ESTADO			DELEGACIÓN O MUNICIPIO		

**III. DATOS DEL CONTRATANTE PERSONA FÍSICA (EN CASO DE SER DISTINTO AL DEL ASEGURADO TITULAR)**

APELLIDO PATERNO		APELLIDO MATERNO		NOMBRE(S)					
R.F.C.	LETRAS	AÑO	MES	DÍA	HOMOCLAVE <small>(SI CUENTA CON ELLA)</small>	CURP (SI CUENTA CON ELLA)	NACIONALIDAD	SEXO <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	ESTADO CIVIL <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> D
PROFESIÓN U OCUPACIÓN				ACTIVIDAD O GIRO DEL NEGOCIO DONDE TRABAJA			CORREO ELECTRÓNICO (SI CUENTA CON EL)		
<b>DOMICILIO</b>									
CALLE				No. EXTERIOR	No. INTERIOR	COLONIA		C.P.	
DELEGACIÓN O MUNICIPIO		CIUDAD O POBLACIÓN		ENTIDAD FEDERATIVA		PAÍS		CLAVE	TELÉFONO
<b>CONTRATO EN CASO DE EXISTIR COMO PERSONA MORAL</b>									
RAZÓN SOCIAL					GIRO MERCANTIL, ACTIVIDAD U OBJETO SOCIAL				
R.F.C.	LETRAS	AÑO	MES	DÍA	HOMOCLAVE <small>(SI CUENTA CON ELLA)</small>	CORREO ELECTRÓNICO O PÁGINA DE INTERNET (SI CUENTA CON EL)			
<b>DOMICILIO</b>									
CALLE				No. EXTERIOR	No. INTERIOR	COLONIA		C.P.	
DELEGACIÓN O MUNICIPIO		CIUDAD O POBLACIÓN		ENTIDAD FEDERATIVA		PAÍS		CLAVE	TELÉFONO
<b>NOMBRE DEL REPRESENTANTE LEGAL</b>									
APELLIDO PATERNO		APELLIDO MATERNO		NOMBRE(S)					

¿HA PRESENTADO GASTOS ANTERIORES POR ESTE PADECIMIENTO EN ESTA U OTRA COMPAÑÍA?		SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		Nº. DE RECLAMACIÓN O DE SINISTRO	
TIPO DE RECLAMACIÓN		INDIQUE DIAGNÓSTICO MOTIVO DE SU RECLAMACIÓN			
<input type="checkbox"/> INICIAL <input type="checkbox"/> COMPLEMENTARIA					
SE TRATA DE:					
<input type="checkbox"/> ACCIDENTE <input type="checkbox"/> ENFERMEDAD <input type="checkbox"/> EMBARAZO					
FAVOR DE INDICAR EN DETALLE COMO Y CUANDO OCURRIÓ EL PADECIMIENTO SEÑALADO				FECHA DEL PADECIMIENTO SEÑALADO	
				DÍA MES AÑO	
EN CASO DE ACCIDENTE AUTOMOVILÍSTICO ¿EXISTE SEGURO DEL (DE LOS) AUTOMÓVIL (ES)?		NOMBRE DE LA COMPAÑÍA		COBERTURA	
<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO				SUMA ASEGURADA (GM)	
				No. DE PÓLIZA	
ANEXAR: COPIA DE LA ACTUACIÓN DEL MINISTERIO PÚBLICO O COMPROBANTE Y/O REPORTE RECIBIDO DE LA COMPAÑÍA, ASÍ COMO INTERPRETACIÓN DE ESTUDIOS REALIZADOS.					
HOSPITAL DONDE SE INTERNARÁ			DATOS DEL INGRESO PROGRAMADO		
			HORA DÍA MES AÑO		
NOMBRE DEL MÉDICO		ESPECIALIDAD		¿SE ENCUENTRA EN CONVENIO CON ESTA COMPAÑÍA?	
				<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
¿A TRAVÉS DE QUE MEDIO LE FUE REFERIDO EL MÉDICO?					
<input type="checkbox"/> INTERACCIONES <input type="checkbox"/> HOSPITAL <input type="checkbox"/> OTROS					
MEDIANTE ESTE DOCUMENTO, DECLARO QUE TODA LA INFORMACIÓN VERTIDA EN EL ES VERDADERA Y ESTÁ ACORDA CON LOS ANTECEDENTES MÉDICOS QUE CONOZCO Y ME HAGO RESPONSABLE DE SUS CONSECUENCIAS. MANIFIESTO ESTAR DE ACUERDO Y AUTORIZO AL MÉDICO QUE O MÉDICOS QUE ATENDIERON EL ACCIDENTE O ENFERMEDAD, ASÍ COMO LAS INSTITUCIONES MÉDICAS Y HOSPITALARIAS, TANTO PRIVADAS COMO DEL SECTOR SALUD, PROPORCIONAR LA INFORMACIÓN Y COPIA DE TODA LA DOCUMENTACIÓN RELACIONADA CON EL ACCIDENTE O PADECIMIENTO QUE SE ESTÁ RECLAMANDO A ASEGURADORA INTERACCIONES, S. A. DE C. V. GRUPO FINANCIERO INTERACCIONES.					
LUGAR Y FECHA			NOMBRE Y FIRMA DEL ASEGURADO Y/O CONTRATANTE		

NOMBRE DEL AGENTE	CLAVE	TELÉFONO	ESTADO

ASISTENCIA LINEA INTERMÉDICA

CON GUSTO LO ATENDEREMOS LOS 365 DÍAS DEL AÑO, LAS 24 HRS. DEL DÍA, PROPORCIONÁNDOLE LOS SIGUIENTES BENEFICIOS:

- \* ORIENTACIÓN SOBRE EL FUNCIONAMIENTO DE SU PÓLIZA
- \* INFORMACIÓN SOBRE HOSPITALES EN CONVENIO
- \* INFORMACIÓN SOBRE LOS MÉDICOS QUE FORMAN PARTE DE LA RED MÉDICA (INTERMÉDICA)
- \* INFORMACIÓN SOBRE PROVEEDORES MÉDICOS QUE OFRECEN PRECIOS PREFERENCIALES
- \* ORIENTACIÓN MÉDICA TELEFÓNICA SIN COSTO, PROPORCIONADA POR INTERMÉDICA
- INFORMACIÓN SOBRE EL SEGUIMIENTO DE SU TRÁMITE

9177 1946 01 800 908 2300  
 CD. DE MÉXICO INTERIOR DE LA REPÚBLICA  
 DEL RESTO DEL MUNDO MARCAR POR COBRAR AL 52 (55) 9177 1946

**INFORME DEL MÉDICO TRATANTE**

ESTE FORMATO DEBE SER LLENADO Y FIRMADO POR EL MÉDICO TRATANTE CON LETRA DE MOLDE. FAVOR DE NO DEJAR PREGUNTAS NI ESPACIOS SIN CONTESTAR. ESTE DOCUMENTO NO SERÁ VÁLIDO CON TACHADURAS, ENMENDADURAS Y DE LO DECLARADO NO SE ACEPTAN CAMBIOS POSTERIORES.

<b>TRAMITE</b>					
<input type="checkbox"/> PROGRAMACIÓN DE CIRUGÍA		<input type="checkbox"/> PROGRAMACIÓN DE TRATAMIENTO MÉDICO		<input type="checkbox"/> REEMBOLSO	
<b>FICHA DE IDENTIFICACIÓN</b>					
<b>NOMBRE DEL PACIENTE</b>					<b>FECHA DE NACIMIENTO</b>
APELLIDO PATERNO		APELLIDO MATERNO		NOMBRE (S)	
				DÍA MES AÑO	
SEXO		EDAD		No. DE PÓLIZA	
CAUSA DE ATENCIÓN					
<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F					
<input type="checkbox"/> EMBARAZO		<input type="checkbox"/> ENFERMEDAD		<input type="checkbox"/> ACCIDENTE	
<b>HISTORIA CLÍNICA (ESPECIFICAR TIEMPO DE EVOLUCIÓN)</b>					
<b>ANTECEDENTES PERSONALES PATOLÓGICOS</b>			<b>ANTECEDENTES PERSONALES NO PATOLÓGICOS</b>		
<b>ANTECEDENTES GINECO-OBSTÉTRICOS</b>			<b>ANTECEDENTES PERINATALES (SI ES NECESARIO)</b>		
<b>PADECIMIENTO ACTUAL</b>					
DE ACUERDO A LA HISTORIA CLÍNICA Y A LA EVOLUCIÓN NATURAL DE LA ENFERMEDAD, FAVOR DE INDICAR LA FECHA DE INICIO DEL PADECIMIENTO					<b>FECHA DE INICIO</b>
					DÍA MES AÑO
<b>CÓDIGO ICD</b>		<b>DIAGNÓSTICO (S) DEFINITIVO (S)</b>			<b>FECHA DEL DIAGNÓSTICO</b>
					DÍA MES AÑO
<b>TIPO DE PADECIMIENTO</b>					
<input type="checkbox"/> CONGÉNITO		<input type="checkbox"/> ADQUIRIDO		<input type="checkbox"/> AGUDO	
<input type="checkbox"/> CRÓNICO		<input type="checkbox"/> SE LE HA RELACIONADO CON ALGÚN OTRO PADECIMIENTO?			
<b>RESULTADO DE EXPLORACIÓN FÍSICA Y DE LOS ESTUDIOS REALIZADOS (ANEXAR INTERPRETACIONES QUE CONFIRMEN DIAGNÓSTICO)</b>					

TRATAMIENTO		DESCRIPCIÓN DEL TRATAMIENTO		FECHA DE INICIO	
CPT 4 SÓLO COMO REFERENCIA				DÍA MES AÑO	

COMPLICACIONES		DESCRIPCIÓN DE COMPLICACIONES	

INFORMACIÓN ADICIONAL	

NOMBRE DEL HOSPITAL		CIUDAD	ESTADO
TIPO DE ESTANCIA			FECHA DE INGRESO
<input type="checkbox"/> URGENCIA <input type="checkbox"/> HOSPITALARIA <input type="checkbox"/> CORTA ESTANCIA/ AMBULATORIA			DÍA MES AÑO

DATOS DE EL (LOS) MÉDICO (S) QUE PARTICIPAN EN LA INTERVENCIÓN O COMO INTERCONSULTANTE (S)			
APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRE (S)	TIPO DE PARTICIPACIÓN
ESPECIALIDAD	CÉDULA PROFESIONAL	CÉDULA DE ESPECIALIDAD O CERTIFICACIÓN	PRESUPUESTO
TELÉFONO	CELULAR	FAX	RADIOLOCALIZADOR
			CORREO ELECTRÓNICO (SI CUENTA CON ÉL)
APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRE (S)	TIPO DE PARTICIPACIÓN
ESPECIALIDAD	CÉDULA PROFESIONAL	CÉDULA DE ESPECIALIDAD O CERTIFICACIÓN	PRESUPUESTO
APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRE (S)	TIPO DE PARTICIPACIÓN
ESPECIALIDAD	CÉDULA PROFESIONAL	CÉDULA DE ESPECIALIDAD O CERTIFICACIÓN	PRESUPUESTO

MEDIANTE ESTE DOCUMENTO INFORMO A LA INSTITUCIÓN DE SEGUROS QUE TODA LA INFORMACIÓN VERTIDA EN ÉSTE, ESTÁ DE ACUERDO CON LOS ANTECEDENTES MÉDICOS QUE CONOZCO POR LA REFERENCIA DEL PACIENTE O SUS FAMILIARES O POR LOS ESTUDIOS QUE LE HE REALIZADO BAJO MI ESTRICTA RESPONSABILIDAD. DOY MI AUTORIZACIÓN AL (LOS) CENTRO (S) DONDE REALICE LA ATENCIÓN DE LA PERSONA CUYO NOMBRE SE INDICA, PARA QUE PROPORCIONEN LA INFORMACIÓN QUE SEA SOLICITADA POR ASEGURADORA INTERACCIONES, S.A. DE C.V. GRUPO FINANCIERO INTERACCIONES, RELACIONADA CON LA RECLAMACIÓN A QUE SE REFIERE ESTE INFORME.

LUGAR Y FECHA

NOMBRE Y FIRMA DEL MÉDICO TRATANTE