

INSTRUCCIONES

Este cuestionario deberá ser llenado en su totalidad con letra de molde, con información completa y detallada, firmado por el Asegurado y el Contratante. Por el hecho de proporcionar este formulario, **Quálitas Salud, S.A. de C.V.** no queda obligado a admitir la validez de la reclamación ni a renunciar a los derechos que se reserva conforme a la Póliza.

Este documento no será válido con tachaduras ni enmendaduras y si se requiere de alguna corrección, esta deberá estar debidamente documentada.

DATOS DEL ASEGURADO

APELLIDO PATERNO

APELLIDO MATERNO

NOMBRE (S)

GÉNERO

FECHA DE NACIMIENTO

EDAD

RFC

DD MM AAAA

CERTIFICADO

RAMO

PÓLIZA

AÑO

ENDOSO

PARENTESCO

OCUPACIÓN

TELÉFONO

CORREO ELECTRÓNICO

DATOS DE LA RECLAMACIÓN

MOTIVO: Reembolso ☐ Pago directo ☐ Indemnización ☐ Programación de cirugía o tratamiento ☐

TIPO: Accidente ☐ Embarazo ☐ Enfermedad ☐ RECLAMACIÓN: Inicial ☐ Complementaria ☐ Siniestro ☐

INFORMACIÓN GENERAL

¿Ha presentado gastos anteriores por este padecimiento o enfermedad en esta u otra compañía? SI ☐ NO ☐

¿En qué compañía? _____ Núm. Siniestro: _____ Fecha de Reclamación: DD MM AAAA

¿Cuenta actualmente con otro Seguro? SI ☐ NO ☐ ¿En qué compañía? _____

Fecha en que ocurrió el accidente o la aparición de los primeros signos o síntomas de la enfermedad: DD MM AAAA

Fecha de la primer consulta médica: DD MM AAAA Indique el diagnóstico: _____

En caso de ser accidente, detalla cómo y dónde ocurrió e indica, en su caso, la autoridad que tomó conocimiento del accidente (favor de anexar documentos completos de la autoridad correspondiente) o en caso de enfermedad describir los síntomas presentados.

En caso de ser accidente automovilístico, favor de llenar la siguiente sección:

¿Cuentas con Seguro de automóvil? SI ☐ NO ☐

¿Con qué compañía? _____ No. de Póliza: _____

Tipo de cobertura: _____ Suma asegurada: _____ Compañía del tercero: _____

INFORMACIÓN GENERAL

¿Ha estado hospitalizado o requiere de hospitalización? SI ☐ NO ☐ Hospital: _____

Fecha de hospitalización: Desde: _____ Hasta: _____

¿Qué estudios se realizaron para el diagnóstico o tratamiento? _____

Nombre del médico tratante: _____

Especialidad: _____

Dirección: _____ Teléfono / Email: _____

Lugar de la atención: Hospital ☐ Consultorio ☐ Domicilio del Asegurado ☐ Otros ☐

INFORMACIÓN PARA EL PAGO (LLENAR SÓLO EN CASO DE SOLICITAR REEMBOLSO)

Detalla a continuación las facturas hospitalarias, facturas de farmacia, recibos de honorarios médicos u otros comprobantes fiscales que se incluyen en la presente solicitud.

Recuerda que todos los comprobantes fiscales deben de estar a nombre del Asegurado titular de la póliza, y además asegúrate de incluir el desglose o estado de cuenta detallando cada concepto y costo unitario; en caso de que el comprobante fiscal no lo especifique.

Concepto: Hospital (H) Honorarios médicos (M) Farmacias (F) Otros servicios (O)

NÚMERO FACTURA/RECIBO	IMPORTE	CONCEPTO	NÚMERO FACTURA/RECIBO	IMPORTE	CONCEPTO	NÚMERO FACTURA/RECIBO	IMPORTE	CONCEPTO

Total reclamado: \$ _____

c) Detalla resultados/interpretaciones de estudios que presenta (campo obligatorio): _____

Entrego la documentación antes relacionada para el trámite de la reclamación correspondiente, enterado de que la conclusión y/o liquidación será con base en las condiciones de la póliza del seguro.

INSTRUCCIÓN DE PAGO POR TRANSFERENCIA ELECTRÓNICA

NOMBRE DE LA INSTITUCIÓN BANCARIA _____

CLABE ⁽¹⁾Clave bancaria Estandarizada

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

⁽¹⁾ LA CLABE aparece en el estado de cuenta impreso o es proporcionada en cualquier sucursal, consta, de 18 posiciones y se utiliza para transacciones interbancarias.

Importante: Es necesario que la cuenta clabe señalada aparezca el Asegurado como titular de la misma y firme en el de forma independiente (no mancomunado) excepto que las condiciones de contratación establezca un tratamiento distinto.

LE RECORDAMOS QUE PARA EL CASO DE REEMBOLSO ES NECESARIO PRESENTAR FACTURAS EN FORMATO PDF Y XML ASÍ COMO LOS DEMÁS REQUISITOS NECESARIOS.

AUTORIZACIÓN PARA PROPORCIONAR INFORMACIÓN MÉDICA

Autorizo a la Aseguradora a que se me practique a mí o mis dependientes cualquier examen médico si lo estima necesario. Asimismo, autorizo a los médicos que nos hayan examinado y a los hospitales o clínicas a los que hayamos ingresado a proporcionar a la Aseguradora todos los informes e información que se refieran a mi salud o la de mis dependientes para efectos de todo lo relacionado con este contrato de seguro.

Autorizo a los médicos, hospitales, clínicas o laboratorios que operan dentro o fuera del territorio nacional y que nos hayan atendido con anterioridad para el restablecimiento de mi salud o la de alguno de mis dependientes, a proporcionar a la Aseguradora todos los informes e información que se refieran a mi/nuestro estado de salud, relevándoles de cualquier prohibición que pueda ser requerida al momento de presentar mi solicitud, o en cualquier momento que la Aseguradora lo considere necesario.

Asimismo, autorizo a Quálitas Salud, S.A. de C.V. a informarme sobre mi plan o nuevos planes de protección para mí y mi familia contactándome por medio de mis datos personales proporcionados (correo electrónico, teléfono, etc).

Por este medio autorizo a cualquier médico, profesional de la medicina, hospital, institución médica, compañía de seguros o cualquier otra organización, institución o persona, incluso cualquier miembro de mi familia, que cuente con cualquier expediente médico o conocimiento sobre mí o mi salud, a proporcionar dicha información a Quálitas.

AVISO DE PRIVACIDAD SIMPLIFICADO

Quálitas Salud, S.A. de C.V. con domicilio en Avenida San Jerónimo número 478, Colonia Jardines del Pedregal, Delegación Álvaro Obregón, C.P. 01900, Ciudad de México, tratará sus Datos Personales de acuerdo a las siguientes finalidades: la evaluación de su solicitud de seguro, emisión del contrato de seguro, el trámite a las reclamaciones de siniestros, administración, así como los fines relacionados con el cumplimiento de nuestras obligaciones que deriven de la Ley sobre el Contrato de Seguro y de la normatividad aplicable, se encuentra a su disposición el Aviso de Privacidad Integral en www.qualitassalud.com.mx

Manifiesto que fue puesto a mi disposición el Aviso de Privacidad de Quálitas Salud, S.A. de C.V., por lo que autorizo el tratamiento de mis Datos Personales para los fines señalados en el mismo, incluyendo el intercambio de información para el cumplimiento del contrato de seguro.

Asimismo, acepto la responsabilidad de informar a los titulares de los datos personales proporcionados en esta solicitud y las finalidades de su tratamiento.

C. Conoce nuestro Aviso de Privacidad integral

Para mayor información acerca del tratamiento de sus datos personales, como los terceros con quienes compartimos su información personal, los cambios de nuestro Aviso de Privacidad y la forma en que podrá ejercer sus derechos de acceso, rectificación, cancelación, oposición, limitación de uso y divulgación de su información, así como para revocar su consentimiento, podrá acceder a nuestro Aviso de Privacidad integral en www.qualitassalud.com.mx

LUGAR

FECHA

NOMBRE Y FIRMA DEL TITULAR

NOMBRE Y FIRMA DEL ASEGURADO AFECTADO