

AVISO DE ACCIDENTE O ENFERMEDAD

Tipo de Reclamación y/o evento		No. de Póliza	No. de Certificado	No.
<input type="checkbox"/> Accidente	<input type="checkbox"/> Enfermedad			
Empresa o Contratante	Fecha de Alta en la Póliza	Nombre del Asegurado Titular		
Nombre del Asegurado Afectado		Parentesco	Fecha en que ocurrió el Accidente/Enfermedad (D,M,A)	
Describa cómo y dónde ocurrió el Accidente (Anexar actuaciones del ministerio público)				
Naturaleza del Accidente (Lesiones) e indique estudios practicados				
Naturaleza de la Enfermedad e indique estudios practicados				
Nombre de los testigos en caso de Accidente				
Nombre del Testigo Ocular		Domicilio	Teléfono	
Si se ha incapacitado o ha requerido hospitalización, favor de indicar:				
¿Desde que día hasta que día quedó incapacitado para el desempeño de su ocupación?			Desde (D,M,A)	Hasta (D,M,A)
¿Fue necesaria la hospitalización por causa del accidente o enfermedad? En caso afirmativo de fecha y nombre del hospital			<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si	
En caso de reclamación por incapacidad, favor de indicar:				
¿Que sueldo mensual percibía en la fecha que sufrió el accidente o enfermedad?			Puesto Desempeñado	
¿Ha presentado otra reclamación en esta póliza?				
Concepto			No. de Siniestro	Fecha (D,M,A)
Si tiene algún otro seguro de accidente o enfermedad, proporcione los siguientes datos:				
Compañía		Tipo de Seguro	No. de Póliza	
Observaciones				
Favor de indicar los nombres de los Médicos que lo atienden o atendieron				
Nombre del Médico	Especialidad	Domicilio Consultorio	Teléfono	Banco y Clabe Interbancaria para Pago
Autorizo a los médicos o personas que me hayan asistido o examinado, a los hospitales, sanatorios, clínicas a los que haya ingresado para estudio, diagnóstico o tratamiento de cualquier enfermedad o lesión para que proporcionen toda la información que se requiera, tales como resultados de estudios de laboratorio y gabinete, historia clínica completa, indicaciones médicas y todo aquello que pueda ser útil para la evolución correcta de mi reclamación. En relación a lo anterior, relevo de cualquier responsabilidad y del secreto médico a las personas responsables de proporcionar la información, así mismo autorizo a las Compañías de Seguros a las que previamente he solicitado pólizas para que proporcionen la información de su contenido para la correcta evaluación de mi reclamación.				
Nombre del Asegurado		Domicilio	Firma	
Teléfono	Lugar y Fecha			

Requisitos para el trámite de una reclamación de Accidentes Personales o Gastos Médicos Mayores

Con el objetivo de poder servirle con oportunidad y eficiencia le solicitamos nos proporcione la documentación detallada a continuación correctamente requisitada.

En caso de Reembolso de Gastos Médicos Mayores o Pérdidas Orgánicas o Indemnización Diaria por Hospitalización, requisitar:

- 1.- * Relación de documentación para el trámite de su Reclamación de Accidentes y Enfermedades.
- 2.- * Aviso de Accidentes o Enfermedad
- 3.- * Informe Médico, este debe ser requisitado por el médico que atendió al Asegurado. En caso de haber sido atendido por varios médicos, requisitar uno por médico.
- 4.- Estudios Médicos practicados y resultados, como son: estudios histopatológicos, radiografías, tomografías, análisis, etc.
- 5.- Recibos y Facturas originales con los requerimientos de la S.H.C.P. Solicitar al Hospital o Médico la(s) Factura(s) a nombre del asegurado, con el desglose de los gastos cargados, detallando cada uno de los conceptos considerados como: medicamentos, cama extra, renta diaria del cuarto, ambulancia, etc.
- 6.- Las notas de farmacia de los medicamentos adquiridos fuera del Hospital deberán estar debidamente desglosadas y acompañadas de las recetas médicas correspondientes.

En caso de Incapacidad

- 1.- * Aviso de Accidente o Incapacidad
- 2.- * Informe Médico
- 3.- Ultimo recibo de sueldo del Asegurado
- 4.- Forma del Seguro Social o carta de empleo de Recursos Humanos

En caso de Fallecimiento

- 1.- * Declaración 1 y 2. La forma no. 1 deberá ser requisitada por el o los beneficiarios designados en la(s) Póliza(s) de Seguros o por sus representantes legales.
La forma no.2 deberá ser requisitada por el Médico que extendió el Certificado de Defunción o el que atendió al Asegurado durante su enfermedad.
- 2.- Acta de Defunción del Asegurado en original o copia certificada y acta de matrimonio en caso de ser casado.
- 3.- Póliza de Seguro de Accidentes Personales o Certificado.
- 4.- Acta de Nacimiento del Asegurado.
- 5.- Al momento de pago del siniestro cada beneficiario deberá portar una Identificación con validez oficial (pasaporte, credencial de elector, cartilla, cédula profesional, etc.). Si los beneficiarios fueren menores de edad, favor de traer la tutoría autorizada por un juez o el nombramiento de quien ejerza la Patria Potestad.

En caso de Muerte Violenta:

Como: accidente automovilístico, muerte en vía pública, asalto, herida por arma de fuego o blanca, homicidio, suicidio, etc. favor de entregar completas las actuaciones del Ministerio Público.

* El formato podrá ser solicitado en nuestras oficinas.



AVISO DE PRIVACIDAD INTEGRAL

“En cumplimiento a las disposiciones de la Ley Federal de Protección de Datos Personales en Posesión de los Particulares (LFPDPPP), **Seguros SURA, S.A. de C.V.** (antes Royal & SunAlliance Seguros (México), S.A. de C.V.) también conocida como **Seguros SURA**, con domicilio en Boulevard Adolfo López Mateos No. 2448, Colonia Altavista, Delegación Álvaro Obregón, C.P. 01060., en la Ciudad de México, hace de su conocimiento que los datos personales que sean recabados y/o proporcionados a través de cuestionarios o formatos del seguro o a través de terceros autorizados por Seguros SURA o por vía electrónica, óptica, sonora, visual o por cualquier otro medio o tecnología, y aquellos generados con motivo de la relación jurídica que tengamos celebrada, o que en su caso, se celebre con Usted, serán tratados para las siguientes finalidades identificadas en los siguientes supuestos:

Si Usted es nuestro Cliente, Proponente o Solicitante, Contratante, Asegurado, Beneficiario, sus datos personales de identificación, patrimoniales, financieros, procesos legales en los que participe o haya participado, datos sensibles relativos a su estado de salud, preferencia sexual, características personales y características físicas serán tratados para evaluar y emitir sus solicitudes de seguro, dar trámite a sus reclamaciones de siniestros, cobrar las primas del seguro, mantener o renovar sus pólizas de seguro, para prevención de fraude y/o de operaciones ilícitas, para estudios estadísticos; así como para todos los fines relacionados con el cumplimiento de nuestras obligaciones de conformidad con lo establecido en la Ley Sobre el Contrato de Seguro y en la normatividad vigente.

Si Usted es nuestro Candidato o Empleado, sus datos personales de identificación, patrimoniales, financieros, antecedentes laborales y académicos, procesos legales en los que participe o haya participado, datos sensibles relativos a su estado de salud, características personales, y físicas serán tratados para todos los fines vinculados con la selección, reclutamiento, bolsa de trabajo interna, capacitación, desarrollo, pago de prestaciones laborales, y para el cumplimiento de obligaciones fiscales y legales.

Si Usted es nuestro Agente de Seguros, Promotor, Proveedor o Prestador de bienes y/o servicios, sus datos personales de identificación, patrimoniales, financieros, antecedentes laborales y académicos, procesos legales en los que participe o haya participado, datos sensibles relativos a fotografías, identificación oficial, serán tratados para todos los fines vinculados con la relación jurídica contractual que tengamos celebrada con Usted.

Si Usted es nuestro visitante, sus datos personales de identificación para su registro, y de características físicas que recabemos por medio de videograbaciones, serán tratados para permitirle el acceso a nuestras instalaciones.

Por otra parte, en cualquiera de los supuestos anteriores, le informamos que sus datos personales podrán ser tratados para finalidades secundarias como son el ofrecimiento y promoción de bienes, productos y servicios y/o prospección comercial, y en el caso de recursos humanos para la bolsa de trabajo con otras empresas. Si Usted no desea recibir alguno de los ofrecimientos descritos en este párrafo, puede manifestar su negativa de la siguiente forma:

- a) Si proporciona sus datos en forma personal, siga los mecanismos y llenado del formato que se le proporcionará en el momento en el que haya recibido el presente aviso de privacidad.
- b) Si proporciona sus datos en forma directa, es decir a través de medios electrónicos, ópticos o sonoros, siga los mecanismos que se indican en nuestra página de Internet **www.segurossura.com.mx**.

- c) Si proporciona sus datos en forma indirecta, es decir de un tercero calificado, siga los mecanismos que se indican en nuestra página de Internet www.segurossura.com.mx.

También hacemos de su conocimiento que sus datos podrán ser Transferidos a:

1. Terceros nacionales o extranjeros, con la finalidad de dar cumplimiento a nuestras obligaciones derivadas de Leyes a las que Seguros SURA está sujeta como Institución de Seguros.
2. Para dar cumplimiento a nuestras obligaciones tributarias, así como para atender notificaciones, oficios o requerimientos oficiales de autoridades judiciales mexicanas y extranjeras.
3. Al Instituto Mexicano del Seguro Social, con la finalidad de dar cumplimiento a obligaciones contenidas en la legislación de seguridad social.
4. A Instituciones, Organizaciones o Entidades del Sector Asegurador para fines de selección de riesgos.

De existir transferencias diferentes a las mencionadas en el apartado anterior y que requieran su consentimiento expreso, se lo informaremos.

Usted podrá ejercer sus derechos ARCO, (Acceso, Rectificación, Cancelación, Oposición), de Revocación del consentimiento y limitación de uso de sus datos, mediante solicitud escrita a la dirección electrónica oc.protecdatos@segurossura.com.mx o bien directamente en nuestro domicilio en el Departamento de Protección de Datos Personales. Lo anterior está sujeto a que el ejercicio de dichos derechos no obstaculice el cumplimiento de alguna Ley vigente o mandato judicial así como para dar cumplimiento a las obligaciones derivadas de la relación jurídica entre Usted y Seguros SURA.

En caso de solicitar el acceso a sus datos personales, Seguros SURA podrá cumplir con dicha obligación mediante cualquier medio físico, o electrónico.

Cookies en nuestra página de Internet

Cookie es una breve información que el portal de Internet envía a su computadora, la cual queda almacenada en el disco duro. Las siguientes ocasiones que ingrese a nuestro portal, podremos usar la información almacenada en la Cookie para facilitarle el uso de nuestro sitio de Internet. Por ejemplo, podemos usar su Cookie para almacenar una contraseña para que no tenga que ingresarla de nuevo cada vez que se traslade a una sección diferente de nuestro portal de Internet. Una Cookie no nos permite conocer su identidad personal a menos que expresamente elija proporcionárnosla. La mayoría de las Cookies expiran después de un periodo determinado de tiempo, o bien las puede borrar en el momento en que lo desee en su computadora. Asimismo, puede hacer que su navegador le avise cuando recibe una Cookie de manera que pueda aceptarla o rechazarla.

Por favor, tome en cuenta que los mensajes enviados electrónicamente pueden ser manipulados o interceptados, por lo tanto Seguros SURA no se hace responsable si los mensajes llegan incompletos, retrasados, son eliminados o contienen algún programa malicioso (virus informático).

Para cualquier asunto relacionado con este Aviso de Privacidad y sobre el tratamiento de sus datos personales, puede contactarnos en el Departamento de Datos Personales que se ubica en nuestro domicilio.

El presente Aviso de Privacidad, así como sus modificaciones, estarán a su disposición en la página de Internet www.segurossura.com.mx y colocados en nuestras oficinas y sucursales.

Fecha de última modificación: Septiembre 2016

Con Seguros SURA, asegúrate de vivir

INFORME MÉDICO

Programación de Cirugía <input type="checkbox"/> Tratamiento Médico <input type="checkbox"/> Reembolso <input type="checkbox"/>		Instrucciones: 1.- Este formato debe ser llenado y firmado por el Médico tratante con letra de molde 2.- Favor de no dejar preguntas ni espacios sin contestar 3.- Este documento no será válido con tachaduras, enmendaduras y de lo declarado no se aceptan cambios posteriores.	
Ficha de Identificación			
Apellido Paterno, Materno y Nombre del Paciente		No. de Póliza	No. de Certificado
		Edad _____	Sexo <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
Causas de Atención Prevención <input type="checkbox"/> Embarazo <input type="checkbox"/> Enfermedad <input type="checkbox"/> Accidente <input type="checkbox"/>		Referido por otro Médico o Unidad <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si ¿Cuál? _____	
Historia Clínica (Especificar tiempo de evolución)			
Antecedentes Personales Patológicos		Antecedentes Personales No Patológicos	
Antecedentes Gineco-Obstétricos		Antecedentes Perinatales (Si es necesario)	
Padecimiento Actual			
Signos y Síntomas			
			Fecha de Inicio Día Mes Año
Tipo de Padecimiento Congénito <input type="checkbox"/> Adquirido <input type="checkbox"/> Agudo <input type="checkbox"/> Crónico <input type="checkbox"/> Con una Evolución de: 1-30 Días <input type="checkbox"/> 1-6 Meses <input type="checkbox"/> Más de 1 Año <input type="checkbox"/> Más de 2 Años <input type="checkbox"/>			
¿Se le ha relacionado con algún otro padecimiento, enfermedad o accidente? No <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> ¿Cuál? _____			
Resultado de Exploración Física y de los Estudios realizados (Anexar interpretaciones que confirmen diagnóstico)			
Talla			
Peso			
Código CIE-10	Descripción del Diagnóstico		
			Fecha de Diagnóstico Día Mes Año

Tratamiento																						
Código CPT-4	Descripción del Tratamiento	Fecha de Inicio <table style="margin-left: auto; margin-right: 0;"> <tr> <td style="width: 30px; border: 1px solid black; text-align: center;">Día</td> <td style="width: 30px; border: 1px solid black; text-align: center;">Mes</td> <td style="width: 30px; border: 1px solid black; text-align: center;">Año</td> </tr> <tr> <td style="border: 1px solid black; text-align: center;"> </td> <td style="border: 1px solid black; text-align: center;"> </td> <td style="border: 1px solid black; text-align: center;"> </td> </tr> </table>		Día	Mes	Año																
Día	Mes	Año																				
¿Hubo Complicaciones? No <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/>	Descripción de Complicaciones:																					
Observaciones																						
Nombre del Hospital	Tipo de Estancia <input type="checkbox"/> Urgencia <input type="checkbox"/> Hospitalaria <input type="checkbox"/> Corta Estancia/Ambulatoria	Fecha de Ingreso <table style="margin-left: auto; margin-right: 0;"> <tr> <td style="width: 30px; border: 1px solid black; text-align: center;">Día</td> <td style="width: 30px; border: 1px solid black; text-align: center;">Mes</td> <td style="width: 30px; border: 1px solid black; text-align: center;">Año</td> </tr> <tr> <td style="border: 1px solid black; text-align: center;"> </td> <td style="border: 1px solid black; text-align: center;"> </td> <td style="border: 1px solid black; text-align: center;"> </td> </tr> </table>	Día	Mes	Año				Fecha de Egreso <table style="margin-left: auto; margin-right: 0;"> <tr> <td style="width: 30px; border: 1px solid black; text-align: center;">Día</td> <td style="width: 30px; border: 1px solid black; text-align: center;">Mes</td> <td style="width: 30px; border: 1px solid black; text-align: center;">Año</td> </tr> <tr> <td style="border: 1px solid black; text-align: center;"> </td> <td style="border: 1px solid black; text-align: center;"> </td> <td style="border: 1px solid black; text-align: center;"> </td> </tr> </table>	Día	Mes	Año										
Día	Mes	Año																				
Día	Mes	Año																				
Ciudad																						
Datos Generales del Médico Tratante																						
Apellido Paterno, Materno y Nombre del Médico _____		Teléfono _____																				
Especialidad _____	R.F.C. _____	Celular _____																				
Cédula Profesional _____	No. Cédula Especialidad o Certificación _____																					
No. Proveedor _____	E-Mail _____																					
Banco _____	Clabe Interbancaria para Pago <table style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"><tr><td style="border: 1px solid black; width: 15px; height: 15px;"></td><td style="border: 1px solid black; width: 15px; height: 15px;"></td><td style="border: 1px solid black; width: 15px; height: 15px;"></td><td style="border: 1px solid black; width: 15px; height: 15px;"></td><td style="border: 1px solid black; width: 15px; height: 15px;"></td><td style="border: 1px solid black; width: 15px; height: 15px;"></td><td style="border: 1px solid black; width: 15px; height: 15px;"></td><td style="border: 1px solid black; width: 15px; height: 15px;"></td><td style="border: 1px solid black; width: 15px; height: 15px;"></td><td style="border: 1px solid black; width: 15px; height: 15px;"></td><td style="border: 1px solid black; width: 15px; height: 15px;"></td><td style="border: 1px solid black; width: 15px; height: 15px;"></td><td style="border: 1px solid black; width: 15px; height: 15px;"></td><td style="border: 1px solid black; width: 15px; height: 15px;"></td><td style="border: 1px solid black; width: 15px; height: 15px;"></td><td style="border: 1px solid black; width: 15px; height: 15px;"></td><td style="border: 1px solid black; width: 15px; height: 15px;"></td><td style="border: 1px solid black; width: 15px; height: 15px;"></td><td style="border: 1px solid black; width: 15px; height: 15px;"></td></tr></table>																					
Presupuesto																						

NOTA: Como Médico Tratante relevo a las instituciones o personas involucradas del secreto profesional y de cualquier responsabilidad y hago constar que la inexacta o falsa declaración en el presente Informe Médico puede invalidar toda responsabilidad de la Aseguradora con el Asegurado.

Lugar y Fecha

Firma del Médico Tratante