

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.

NUMERO DE REPORTE _____

DATOS DEL ASEGURADO

APELLIDO PATERNO _____

APELLIDO MATERNO _____

NOMBRE (S) _____

GÉNERO _____

FECHA DE NACIMIENTO _____

EDAD _____

CURP _____

DD MM AAA

ESCUELA _____

CLAVE _____

CORREO ELECTRONICO _____

TELEFONO DE LA ESCUELA _____

NOMBRE DEL MAESTRO _____

NOMBRE DEL PADRE O TUTOR _____

TELEFONO (Padre/tutor) _____

CORREO (Padre/tutor) _____

DATOS DE LA RECLAMACIÓN

MOTIVO: Reembolso Pago directo Indemnización Programación de cirugía o tratamiento

TIPO: Accidente Embarazo Enfermedad RECLAMACIÓN: Inicial Complementaria Siniestro

INFORMACIÓN GENERAL

Fecha en que ocurrió el accidente: DD MM AAAA Tipo de accidente: _____

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

Detalla cómo y dónde ocurrió el accidente e indica, en su caso, la autoridad que tomó conocimiento del accidente (favor de anexar documentos completos de la autoridad correspondiente).

Indique el diagnóstico: _____

NOMBRE Y FIRMA DEL DIRECTOR

SELLO DE LA ESCUELA

AUTORIZACIÓN PARA PROPORCIONAR INFORMACIÓN MÉDICA

Autorizo a la Aseguradora a que se me practique a mi 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 mi o mi salud, a proporcionar dicha información a Quálitas.

AVISO DE PRIVACIDAD

Quálitas Salud, S.A. de C.V. con domicilio en Avenida San Jerónimo número 478, Colonia Jardines del Pedregal, Alcaldía 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 mí 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.

LUGAR

FECHA

NOMBRE Y FIRMA DEL PADRE O TUTOR

NOMBRE Y FIRMA DEL ASEGURADO AFECTADO