



Aviso de Accidente o Enfermedad Seguro de Gastos Médicos Mayores



Número de póliza y certificado (Para ser llenado por Plenit)

Póliza

Certificado

Este documento debe ser llenado con información completa y detallada por el **asegurado, con letra de molde y a una sola tinta.**

Favor de no dejar preguntas ni espacios **sin contestar**. Este documento no será válido con tachaduras y/o enmendaduras. **De lo declarado no se aceptan cambios posteriores.**

Por el hecho de proporcionar este formato, la Institución no queda obligada a admitir la validez de la reclamación, ni a renunciar a los derechos que se reserva conforme a la póliza.

Lugar:

Fecha:

INFORMACIÓN DEL ASEGURADO TITULAR DE LA PÓLIZA

Nombre (s):

Apellido Paterno:

Apellido Materno:

INFORMACIÓN DEL ASEGURADO AFECTADO

Nombre (s):

Apellido Paterno:

Apellido Materno:

Parentesco del titular:

Correo electrónico:

Teléfono(s):

Fecha de nacimiento:

Edad:

Sexo:

☐ Hombre

☐ Mujer

DOMICILIO DEL ASEGURADO AFECTADO

Calle:

Número exterior:

Número interior:

Colonia:

Municipio / Alcaldía:

Ciudad o Población:

Entidad federativa:

Código Postal:

Correo electrónico:

Teléfono(s):

DATOS DE LA RECLAMACIÓN

☐ Reembolso

☐ Reporte hospitalario o pago directo

☐ Programación de cirugía o tratamiento médico

☐ Indemnización

TIPO DE EVENTO:

☐ Accidente

☐ Enfermedad

☐ Embarazo

☐ Reclamación inicial

☐ Reclamación complementaria



DESCRIPCIÓN DEL DIAGNÓSTICO DEFINITIVO

Señale la fecha en que ocurrió el accidente o la aparición de los primeros signos y síntomas de la enfermedad:

Fecha:

Fecha de la primera atención médica:

Indique el diagnóstico definitivo o padecimiento:

Fecha del diagnóstico:

Describa que estudios le realizaron para llegar al diagnóstico:

¿Ha estado hospitalizado o requiere hospitalización?

☐

Si

☐

No

Días de hospitalización:

Nombre del hospital o clínica:

Fecha de ingreso al hospital:

Desde:

Hasta:

¿Intervinieron autoridades legales en el accidente?

☐

Si

☐

No

¿Cuáles autoridades?

Si intervinieron autoridades legales, favor de presentar copias de las actas correspondientes

Mediante este documento declaro que toda la información vertida en el mismo, es verdadera y es acorde con los antecedentes médicos que conozco y me hago responsable de sus consecuencias.

En caso de accidente automovilístico, ¿existe seguro de los automóviles involucrados?

☐

Si

☐

No

En caso afirmativo, indique el nombre de las compañías aseguradoras:

Cobertura:

Suma asegurada (Gastos Médicos):

Número de póliza:

Anexar copia del comprobante y/o reporte recibido por parte de la compañía aseguradora, así como, en su caso, interpretación de los estudios realizados.

DATOS GENERALES DEL MÉDICO TRATANTE

Nombre completo:

Teléfono(s):

Especialidad:

Correo electrónico:

Lugar donde fue atendido:

☐

Hospital

☐

Consultorio

☐

Domicilio del asegurado

☐

Otro

En caso de requerir mayor información, llamar al Centro de Atención Plenit al teléfono 222-690-7110 a nivel nacional o en www.plenit.mx



TIPO DE RECLAMACIÓN

☐ Reclamación inicial ☐ Reclamación complementaria

Diagnóstico

Favor de indicar en la siguiente tabla el número de factura, fecha, emisor y monto de cada una:			Monto total reclamado:
No. de factura:	Fecha de factura: DD/MM/AAAA	Nombre el emisor de la factura:	Monto de la factura:
1.			
2.			
3.			
4.			
5.			
6.			
7.			
8.			
9.			
10.			

DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL TITULAR DE LA CUENTA BANCARIA (Persona física o Representante Legal)

Nombre (s):

Apellido Paterno:

Apellido Materno:

Calle:

Número exterior:

Número interior:

Colonia:

Municipio/Alcaldía:

Ciudad o Población:

Entidad federativa:

Código Postal:

Asegurado titular:

Clabe (18 dígitos):

☐ Contratante ☐ Asegurados ☐ Beneficiario

Nombre del banco:

AVISO DE PRIVACIDAD

Plenit Compañía de Seguros, S.A. de C.V., (PLENIT), es una institución de seguros constituida de conformidad con las leyes mexicanas, con domicilio en Calle 29 Sur 127, Colonia La Paz, 72160, Puebla, Puebla, en su carácter de responsable del uso y protección de sus datos personales, en términos de lo establecido por la Ley Federal de Protección de Datos Personales en Posesión de los Particulares, su Reglamento y demás normatividad secundaria aplicable ("LFPDPPP"), hace del conocimiento de los titulares de los datos, la información que de ellos se recaba y los fines que se le darán a esta. En ese sentido, utilizamos sus datos personales, fundamentalmente, para brindar asesoría y actualizaciones sobre los productos contratados; crear y administrar su perfil de servicios en línea y actualizar su expediente; procesar pagos y gestionar cobros; tramitar siniestros y reembolsos; colocación de riesgos en reaseguro y/o coaseguro. Asimismo, los usamos para enviarle comunicados con información relevante, promoción y publicidad; elaborar perfil es de comportamiento y preferencias sobre el uso y consumo de nuestros productos. Lo anterior en términos de lo establecido en nuestro Aviso de Privacidad Integral, mismo que ponemos a su disposición en www.plenit.mx



Aviso de Accidente o Enfermedad Seguro de Gastos Médicos Mayores



TRANSFERENCIA DE DATOS PERSONALES

El titular autoriza a PLENIT para compartir con su agente de seguros sus datos personales y sensibles para dar seguimiento a la presente solicitud.

☐

Acepto la transferencia de mis datos personales y sensibles

☐

No acepto la transferencia de mis datos personales y sensibles

Solamente en caso de la intervención de autoridades judiciales, presentar copia de las actas del ministerio público.

Mediante este documento, declaro que toda la información vertida en él es verdadera y está acorde con los antecedentes médicos que conozco y me hago responsable de sus consecuencias.

Nombre y firma del asegurado afectado

Nombre y firma del asegurado titular

PLENIT Compañía de Seguros, S.A. de C.V.
29 sur #127, Col. La Paz. C.P. 72160, Puebla, Puebla,
Teléfono 2226907110 • www.plenit.mx

Unidad Especializada de Atención a Usuarios (UNE)
29 sur #127, Col. La Paz. C.P. 72160, Puebla, Puebla,
Teléfono 2226907110 • une@plenit.mx

En caso de requerir mayor información, llamar al Centro de Atención Plenit al teléfono 222-690-7110 a nivel nacional o en www.plenit.mx

PLENIT Compañía de Seguros, S.A. de C.V. 29 sur #127, Col. La Paz. C.P. 72160. Puebla, Puebla, 2226907110, www.plenit.mx