



Fecha:

Lugar:

**MUY IMPORTANTE:** Por el hecho de proporcionar este formulario o investigar la reclamación a la aseguradora no queda obligado a admitir validez de ninguna reclamación ni el monto de ella, ni a renunciar a los derechos que le correspondan conforme a la ley y al clausulado de la póliza.

1. Este formato deberá ser llenado y firmado por el Médico Tratante con letra de molde y a una sola tinta.
2. Es necesario llenar el formato en su totalidad y proporcionar información completa y detallada.
3. 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.

Este documento no será válido con tachaduras, enmendaduras y de lo declarado no se aceptan cambios posteriores.

**DATOS DEL ASEGURADO AFECTADO**

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombre(s)	Edad	Sexo
No. de Póliza	Ocupación			

**TIPO DE EVENTO**

Muerte Accidental	Reembolso	Invalidez
----------------------	-----------	-----------

**DATOS DEL ACCIDENTE**

Fecha del Accidente	Hora
Fecha 1er Consulta	Hora

**Mecanismos de Lesión****Descripción de Lesiones (Principales signos y síntomas)**

--	--

**Diagnóstico (CIE 10)****Tratamiento (CPT4)**

<b>Hallazgos</b>	<b>Fecha calculada del término del tratamiento:</b>
------------------	---

¿Se presentaron complicaciones?

Si No 

Descripción de las complicaciones:

Descripción de estudios de gabinete y análisis clínicos que confirman el diagnóstico:

**ANEXAR INTERPRETACIÓN DE LOS ESTUDIOS DE IMAGENOLÓGÍA POR RADÍOLOGO CERTIFICADO**

Costo del tratamiento completo Servicios:	Honorarios Médicos:
Nombre del Hospital:	Ciudad:
Tipo de Estancia: <input type="checkbox"/> Urgencia <input type="checkbox"/> Hospitalaria	Fecha de Ingreso:

 Corta Estancia / Ambulatoria

Nombre del Hospital o Institución:

**INCAPACIDAD**

Mencione si el paciente por su lesión requiere de incapacidad temporal o definitiva:

Mencione a partir de qué fecha se inicia el periodo de incapacidad y en qué fecha se integrará a sus actividades habituales:

Lugar y Fecha:

**Datos Generales del Médico Tratante**

**Nota:** Como médico tratante del paciente a que se refiere este informe, por este conducto doy mi consentimiento para que los hospitales, sanatorios, clínicas, laboratorios, gabinetes y/o establecimientos a los cuales haya acudido dicho paciente para el diagnóstico o tratamiento de cualquier enfermedad o accidente, proporcionen a la aseguradora, toda la información completa sobre el diagnóstico, pronóstico, evolución y tratamiento, así como el expediente y/o resumen clínico y/o notas y/o reportes y/o cualquier otro documento sobre su(s) padecimiento(s) y/o actual(es).

Apellido Paterno

Apellido Materno

Nombre(s)

RFC

Especialidad

Cédula Profesional

Cédula de la Especialidad /  
Certificación

E-mail

Teléfono(s) para contacto, favor  
de incluir LADA

Teléfono celular

Monto Estimado del Siniestro

Bajo protesta de decir verdad, manifiesto que la información asentada en este documento es proporcionada conforme a la evaluación médica que he brindado al Paciente, a los estudios que le he realizado, y a la información que se ha hecho de mi conocimiento, la cual será tratada conforme al Aviso de Privacidad de SPP Institución de Seguros S.A. de C.V. . disponible en la página web [www.sppseguros.com.mx](http://www.sppseguros.com.mx) en el apartado "Aviso de Privacidad".

Consiento y autorizo que mis datos personales, patrimoniales o financieros y sensibles, sean tratados conforme a lo previsto en el Aviso de Privacidad de SPP Institución de Seguros S.A. de C.V.

Como Médico tratante me comprometo a hacer del conocimiento a SPP Institución de Seguros S.A. de C.V., de todos los informes que se refieran a la salud del paciente en caso de requerirlos.

Nota: Se le informa que la inexacta o falsa declaración proporcionada en este formato, releva de toda Responsabilidad a SPP Institución de Seguros S.A. de C.V.

El llenado de este formato no obliga a SPP Institución de Seguros S.A. de C.V., a asumir la obligación de realizar pagos de gastos improcedentes.

\_\_\_\_\_  
Nombre y Firma del Médico  
Tratante

**En cumplimiento a lo dispuesto en el artículo 202 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas, la documentación contractual y la nota técnica que integran este producto de seguro, quedaron registradas ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, a partir del día 21 de mayo de 2020, con el número CNSF-S0128-0243-2020 / CONDUSEF-004368-01**