

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, Seguros Multiva, S.A., Grupo Financiero Multiva 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 ni enmendaduras y de lo declarado no se aceptan cambios posteriores.

Datos de la Póliza

Nombre del Contratante		R.F.C.
No. de Póliza	Subgrupo	Terminación de vigencia (dd/mm/aaaa)

Datos del Asegurado

Apellido Paterno		Apellido Materno		Nombre(s)
R.F.C.	No. de Certificado	Edad	Sexo M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	Fecha de nacimiento (dd/mm/aaaa)
Parentesco con el Contratante/Titular			Asegurado desde (dd/mm/aaaa)	
Ocupación (indicar labores diarias)				

Datos de la reclamación

Motivo:	Muerte Accidental <input type="checkbox"/>	Reembolso Gastos Funerarios por Accidente <input type="checkbox"/>	Pérdidas Orgánicas <input type="checkbox"/>
Reembolso de Gastos Médicos <input type="checkbox"/>	Indemnización Diaria por Incapacidad <input type="checkbox"/>	Reclamación: Inicial <input type="checkbox"/>	Complementaria <input type="checkbox"/>

Información General

¿Ha presentado gastos anteriores por este padecimiento o enfermedad en esta u otra compañía? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	¿En qué compañía?	
	Núm. Siniestro:	Fecha de Reclamación (dd/mm/aaaa)
¿Cuenta actualmente con otro Seguro? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	¿En qué compañía?	
Describa el accidente:		
Fecha en que ocurrió el accidente: (dd/mm/aaaa)	Fecha de la primer consulta: (dd/mm/aaaa)	
¿Estuvo hospitalizado o requiere de hospitalización? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Fecha de hospitalización: (dd/mm/aaaa)	Hospital:
	Desde (dd/mm/aaaa)	Hasta (dd/mm/aaaa)

Detallar cómo y dónde ocurrió e indicar, en su caso, la autoridad que tomó conocimiento del accidente (favor de anexar copias M.P.)

Indique diagnóstico o padecimiento:	Motivo de la atención médica:
-------------------------------------	-------------------------------

Nombre del médico tratante:	Especialidad:
-----------------------------	---------------

Dirección

Teléfono	Correo electrónico
----------	--------------------

Lugar donde fue atendido: Hospital Consultorio Domicilio del Asegurado Otro:

Mencione los médicos que ha consultado en los últimos dos años:

Nombre	Especialidad	Causa	Fecha (dd/mm/aaaa)	Teléfono

Documentación a presentar

- Copia de la actuación del Ministerio Público o actuación recibida de la Institución (a consecuencia de accidente).
- Interpretación de estudios radiológicos o de gabinete.
- Copia de identificación oficial del Asegurado afectado (INE, pasaporte o, en caso de menores de edad, acta de nacimiento).
- Recibos de gastos que cuenten con los requisitos fiscales (quedan sin validez copias, recibos provisionales, estados de cuenta, etc.).
- Copia de identificación oficial del contratante (INE, pasaporte vigente).
- Por cada médico tratante se deberán llenar los informes médicos correspondientes y su participación en el evento.

Número de Factura	Concepto	Monto

Seguros Multiva, S.A., Grupo Financiero Multiva

Nota:

Autorizo a los médicos que me hayan asistido o examinado, a los hospitales, clínicas, sanatorios, laboratorios y/o establecimientos de salud a los que haya acudido para tratamiento y/o diagnóstico de cualquier enfermedad, accidente o lesión y/o a las autoridades judiciales o administrativas que hayan tenido conocimiento de mi caso, para que proporcionen a Seguros Multiva, S.A., Grupo Financiero Multiva, aun cuando no exista una orden judicial o administrativa, toda la información referente a mis antecedentes personales patológicos, historial clínico, indicaciones médicas, resultados de estudios de laboratorio y gabinete y cualquier información contenida en mi expediente clínico, misma que podrá ser requerida en cualquier momento que Seguros Multiva, S.A., Grupo Financiero Multiva lo considere oportuno, inclusive después de mi fallecimiento. Con la presente autorización relevo de cualquier responsabilidad derivada del secreto médico a las personas responsables de proporcionar la información requerida. Asimismo autorizo a las compañías de seguros a las que previamente he solicitado la celebración de cualquier contrato o solicitud de seguros para que proporcionen a Seguros Multiva, S.A., Grupo Financiero Multiva la información de su conocimiento y que a su vez Seguros Multiva, S.A., Grupo Financiero Multiva proporcione a cualquier otra empresa del sector asegurador la información que requiera y que se derive de este documento y de otros que sean de su conocimiento.

Lugar y fecha (dd/mm/aaaa)	Firma
-----------------------------------	--------------

Aviso de Privacidad Simplificado.**A. Responsable**

Seguros Multiva, S.A. Grupo Financiero Multiva, con domicilio en Cerrada de Tecamachalco No. 45, Colonia Reforma Social, C.P. 11650, México D. F., es responsable de la protección de sus datos personales asegurando que éstos sean tratados ajustándose a lo estipulado en la Ley de Protección de Datos Personales en Posesión de Particulares.

B. Finalidad de los Datos Personales

De conformidad con lo señalado en la Ley, se le informa que los datos personales y/o datos personales sensibles que se recaban de usted, serán utilizados para las siguientes finalidades que son necesarias para el servicio y/o producto que solicita:

- La realización de todas y cada una de las operaciones y la prestación de los servicios, así como la celebración de los demás actos que Seguros Multiva S.A., Grupo Financiero Multiva puede realizar conforme a la legislación que les sea aplicable y a sus estatutos sociales.
- La identificación y contacto del titular de los datos personales.
- Para la evaluación de su Solicitud de Seguro y selección de riesgos, y en su caso, la emisión del Contrato de Seguro.
- La aplicación de exámenes de estado general de salud, previo a la Contratación del Seguro.
- Para realizar las gestiones de cobro que son inherentes a la Contratación o renovación del Seguro.
- Para el trámite y seguimiento de sus solicitudes de pago de Siniestros, administración, mantenimiento y renovación de la Póliza de Seguro.
- Las revisiones y correcciones requeridas por o para actualización de datos o para mayor conocimiento de los titulares y sus operaciones, tanto para efectos legales como de prevención o seguridad.
- La comunicación con los clientes, proveedores, consejeros y auditores externos, actuales o anteriores, para tratar cualquier tema relacionado con asuntos contractuales, comerciales, laborales, de negocios o con sus datos personales o el presente Aviso de Privacidad.
- Las consultas, investigaciones y revisiones en relación a cualquier queja, reclamación o aclaración.
- La atención de requerimientos de cualquier autoridad competente conforme a la legislación aplicable a la entidad financiera.
- Cualquier actividad complementaria o auxiliar necesaria para la realización de los fines anteriores.

De manera adicional, se utilizará su información personal para las siguientes finalidades que no son necesarias para el servicio o producto solicitado, pero que permiten y facilitan brindarle un mejor servicio:

Seguros Multiva, S.A., Grupo Financiero Multiva

Cerrada de Tecamachalco No. 45, 1er piso, Colonia Reforma Social, Delegación Miguel Hidalgo, C.P. 11650, México, D.F.
 En caso de Siniestro, llama al Tel. 01800 830 3676, www.multiva.com.mx
 Unidad Especializada de Atención a Usuarios (UNE) 01800 8303 676 o serviciopersonas.df@segurosmultiva.com.mx

- La promoción de productos, servicios, beneficios adicionales, descuentos, promociones, bonificaciones, concursos, estudios de mercado, sorteos y publicidad en general, ofrecidos por las empresas integrantes del Grupo Financiero o relacionado con las mismas o terceros nacionales o extranjeros con quienes cualquiera de dichas empresas mantengan alianzas comerciales.
- La realización de encuestas de calidad, servicio o de cualquier otro tipo relacionado con los productos y servicios que se ofrecen y/o prestan, así como el desarrollo e implementación de procesos de análisis de información y estadísticos que se deriven de dichas encuestas.

En caso de que usted no desee que sus datos personales sean tratados ni transferidos para estos fines adicionales, usted podrá manifestarlo desde este momento a través del correo electrónico atención@segurosmultiva.com.mx indicándonos su nombre completo y número de empleado. La negativa para el uso de sus datos personales para estas finalidades no podrá ser un motivo para que le neguemos los servicios y productos que solicita o contrata con nosotros.

C. Conozca 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, usted podrá acceder a nuestro Aviso de Privacidad Integral en <http://www.multiva.com.mx>, dentro de la página de Seguros Multiva S.A., Grupo Financiero Multiva, seleccionando el apartado "su información personal está segura con Multiva".

Lugar y fecha (dd/mm/aaaa)

Nombre y Firma del Asegurado Afectado

Nombre y Firma del Contratante

Nombre y Firma del Agente

Seguros Multiva, S.A., Grupo Financiero Multiva

Cerrada de Tecamachalco No. 45, 1er piso, Colonia Reforma Social, Delegación Miguel Hidalgo, C.P. 11650, México, D.F.

En caso de Siniestro, llama al Tel. 01800 830 3676, www.multiva.com.mx

Unidad Especializada de Atención a Usuarios (UNE) 01800 8303 676 o serviciopersonas.df@segurosmultiva.com.mx