

EN CASO DE REEMBOLSO POR HOSPITALIZACIÓN			
Nombre del hospital		Ciudad y estado	
Tipo de estancia	<input type="checkbox"/> Urgencia	<input type="checkbox"/> Hospitalaria	<input type="checkbox"/> Corta estancia/ambulatoria
Fecha de ingreso (dd/mm/aa)	Fecha de egreso (dd/mm/aa)	Fecha de intervención (dd/mm/aaaa)	
Datos generales del médico tratante			
Apellido paterno		Apellido materno	Nombre(s)
Especialidad	Teléfono		Teléfono celular/radio
Cédula profesional	R.F.C.		Cédula de especialidad/certificación
Número proveedor		E-mail	
Programación de cirugía			
¿Tiene convenio con la aseguradora?		Si la respuesta fue afirmativa, indique el número de convenio	
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
Acepto los tabuladores relevando de cualquier pago complementario por este padecimiento a Seguros Multiva S.A., Grupo Financiero Multiva y al asegurado de lo contrario favor de indicar presupuesto.			
Cirujano	Ayudante	Anestesiólogo	Tramamiento médico
\$	\$	\$	\$
Fecha exacta de la cirugía (dd/mm/aaaa)		Hospital en que se realizará	

Artículo 25 de la ley sobre el contrato de seguro: si el contenido de la póliza o sus modificaciones no concordaren con la oferta, el asegurado podrá pedir la rectificación correspondiente dentro de los 30 días que sigan al día que reciba la póliza. Transcurrido este plazo se considerarán aceptadas las estipulaciones de la póliza o de sus modificaciones.

Declaro de manera libre y espontánea, bajo protesta de decir la verdad, que los recursos destinados para el pago de la prima del contrato de seguro que en su caso se llegue a celebrar con motivo de la presente solicitud, son de procedencia lícita”.

“La documentación contractual y la nota técnica que integran este producto, están registrados ante la comisión nacional de seguros y fianzas, de conformidad con lo dispuesto por los artículos 36, 36-a, 36-b y 36-d de la ley general de instituciones y sociedades mutualistas de seguros, bajo el(los) registro(s) número CNSF-S0016-0936-2010 de fecha 18 de octubre de 2010”

Estoy enterado y de acuerdo en recibir información de productos y coberturas de seguros en mi domicilio y/o correo electrónico.

Lugar y fecha (dd/mm/aa)

NOTA: La información asentada en este documento es proporcionada conforme a la evaluación médica que he brindado al paciente y conforme al conocimiento y los estudios médicos que le he realizado o solicitado bajo mi responsabilidad, y asimismo por las referencias del propio paciente o de sus familiares.

Como médico tratante, autorizo a los hospitales donde fue internado el paciente, a que proporcionen a Seguros Multiva, S.A., Grupo Financiero Multiva todos los informes que se refieren a la salud del mismo, inclusive todos los datos de los padecimientos anteriores.

Asimismo, 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 invalidará toda responsabilidad de Seguros Multiva, S.A., Grupo Financiero Multiva hacia con el asegurado.

cualquier copia fiel de esta autorización tiene el mismo valor que el original.

NOMBRE Y FIRMA DEL MÉDICO TRATANTE

Seguros Multiva, S.A., Grupo Financiero Multiva

Boulevard Manuel Ávila Camacho 170 Pisos 6 y 7 Colonia Reforma Social Delegación Miguel Hidalgo, C.P. 11650, México D.F. Tel. 01 800 830 3676

www.segurosmultiva.com.mx

SM-008