Solicitud de Reembolso

Seguros Atlas®
La empresa a mi medida

Instrucciones:

- Presentar un formulario por evento, por asegurado que solicite reembolso.
- Completar el formulario en su totalidad en letra de molde, firmar.
- El hecho de proporcionar este formulario no obliga a Seguros Atlas, S.A. (en adelante Seguros Atlas) a admitir la validez de la reclamación ni a renunciar a los derechos que se reserva conforme los términos y condiciones de la póliza.
- Este documento no es válido con tachaduras ni enmendaduras. No se aceptan cambios posteriores a lo declarado.

DATOS DEL PACIENTE

Nombre completo del paciente

Fecha de nacimiento (dd/mm/aaaa)

Número de póliza

DATOS DEL CONTRATANTE Y/O ASEGURADO TITULAR

Nombre o razón social del contratante

R.F.C. o CURP

Nombre completo del asegurado titular

R.F.C. o CURP

DETALLES DEL DIAGNÓSTICO/ACCIDENTE

Este formulario será válido como reporte médico si incluye la información médica completa y es firmado por el médico tratante. Si se requiere de espacio adicional, por favor enviar el reporte médico completo.

Diagnóstico o tipo de accidente (en caso de accidente, incluir copias del ministerio público)

Fecha del primer síntoma o accidente (dd/mm/aaaa)

☐ Sí ☐ No

¿Ha tenido síntomas similares con anterioridad? Fecha: (dd/mm/aaaa) _____

Tratamiento recibido e información de antecedentes médicos anteriores

☐ Urgencia ☐ Hospitalaria ☐ Ambulatoria

Nombre del hospital

Tipo de estancia

Fecha de ingreso (dd/mm/aaaa)

Fecha de egreso (dd/mm/aaaa)

Nombre del médico

Cédula profesional

Cédula de especialidad o certificación

Dirección del médico tratante

Tel. del médico tratante

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

Firma del médico tratante

Lugar y fecha (dd/mm/aaaa)

DATOS SOBRE LOS SERVICIOS PRESTADOS

Fecha del servicio		Detalles sobre tratamientos, asistencia prestada e insumos médicos	Moneda	Importe
Desde	Hasta			
		Importe total		
		Importe pagado por el asegurado		

DATOS SOBRE MEDICAMENTOS PRESCRITOS

Medicamento	Diagnóstico	Fecha	Nombre del médico	Moneda	Importe
			Importe total		
			Importe pagado por el asegurado		

INFORMACIÓN SOBRE OTRO SEGURO MÉDICO

¿Ha presentado gastos por este padecimiento o accidente en otra compañía de seguros? ☐ Sí ☐ No

En caso afirmativo, por favor anexe una copia de la Explicación de Beneficios del otro seguro médico y copia de las facturas y reportes médicos.

¿Tiene actualmente otro seguro? ☐ Sí ☐ No Compañía: _____

Tipo de reclamación en la otra compañía de seguro: ☐ Inicial ☐ Complementaria

INFORMACIÓN SOBRE EL REEMBOLSO

Por favor indique cómo prefiere recibir su reembolso: ☐ Cheque ☐ Transferencia bancaria

Para transferencia bancaria, por favor complete la siguiente información. Por favor tome en cuenta que el titular de la cuenta bancaria podría incurrir en gastos cobrados por el banco receptor, sobre lo cual Seguros Atlas no tiene control.

Información del banco beneficiario

Nombre del banco

Dirección del banco (incluya ciudad y país)

Titular de la cuenta	Número de cuenta	
		☐ Corriente ☐ Ahorros
ABA(1)	Código SWIFT(2) /No. IBAN(3)/Código CHIPS(4)	Tipo de cuenta

(1) ABA: Acrónimo compuesto por las iniciales de American Bankers Association. Número que identifica al banco o institución bancaria que emite el cheque.

(2) SWIFT: Acrónimo compuesto por las iniciales de Society for Worldwide Interbank Financial Telecommunication. Código de identificación que posibilita las transferencias internacionales de fondos.

(3) IBAN: Acrónimo compuesto por las iniciales de International Bank Account Number. Número de cuenta bancaria internacional que sirve para identificar cuentas corrientes de manera única en la zona única de pagos en Euros.

(4) CHIPS: Acrónimo compuesto por las iniciales de Clearing House Interbank Payments System. Sistema de transferencia electrónica de fondos.

AUTORIZACIÓN

Autorizo a los médicos que me hayan asistido o examinado, a los hospitales, clínicas, sanatorios, laboratorios, establecimientos de salud a los que haya acudido para tratamiento y/o diagnóstico de cualquier enfermedad, accidente o lesión, y a las autoridades judiciales que hayan tenido conocimiento de mi caso para que proporcionen a Seguros Atlas 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, aun cuando no exista un orden judicial o administrativa para hacerlo. Dicha información podrá ser requerida en cualquier momento que Seguros Atlas lo considere oportuno para la correcta evaluación de mi reclamación, 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 con las que previamente he celebrado cualquier contrato o tramitado una solicitud de seguro para que proporcionen a Seguros Atlas la información de su conocimiento y que, a su vez, Seguros Atlas proporcione a cualquier otra empresa del sector asegurador la información que requiere y que se derive de este documento y de otros que sean de su conocimiento.

Aviso de Privacidad Simplificado para Clientes

(Proponentes y solicitantes, contratantes, asegurados, beneficiarios, fideicomitentes, fideicomisarios y proveedores de recursos)

En cumplimiento con lo dispuesto por la Ley Federal de Protección de Datos Personales en Posesión de los Particulares, Seguros Atlas, con domicilio en Paseo de los Tamarindos No. 60-PB, Col. Bosques de las Lomas, 05120 Ciudad de México, teléfono (55) 9177-5000, hace de su conocimiento que tratará los datos personales generales y sensibles que usted proporcione para la evaluación de su solicitud de seguro y selección de riesgos, y en su caso, emisión del contrato de seguro, trámite de sus solicitudes de pago de siniestros, administración, mantenimiento y renovación de la póliza de seguro, prevención de fraude y operaciones ilícitas, para información estadística así como para todos los fines relacionados con el cumplimiento de nuestras obligaciones de conformidad con el establecido en el propio contrato, la Ley Sobre el Contrato de Seguro y en la normatividad aplicable.

Para mayor información, ponemos a su disposición nuestra página de internet www.segurosatlas.com.mx, en donde usted podrá consultar nuestro Aviso de Privacidad Integral, así como los mecanismos para hacer valer sus derechos ARCO (Acceso, Rectificación, Cancelación y Oposición de datos personales).

Consentimiento

En cumplimiento con lo dispuesto por la Ley Federal de Protección de Datos Personales en Posesión de los Particulares, autorizo a Seguros Atlas a tratar y, en su caso, transmitir mis datos personales, los sensibles y los patrimoniales o financieros, para todos los fines vinculados con la relación jurídica que hayamos celebrado o que en su caso se celebre, así como para los indicados en el Aviso de Privacidad, cuyo contenido conozco y que previamente ha sido puesto a mi disposición. Entre las transmisiones que autorizo mediante el presente consentimiento, está la transferencia de datos personales simples, sensibles, patrimoniales o financieros que puede realizar Seguros Atlas hacia el agente de seguro BD Insurance México Agente de Seguros y Fianzas S.A. de C.V y a Best DM, S.A. de C.V. para dar seguimiento a la

presente solicitud y en su caso a la atención de las reclamaciones de siniestros relacionados con la póliza de seguro ligada a la presente solicitud, lo que se realiza de manera particular por lo establecido en los artículos 36 y 37 de la citada Ley Federal de Protección de Datos Personales en Posesión de los Particulares y demás legislación que sea aplicable. En caso de haber proporcionado datos personales, sensibles, patrimoniales o financieros de otros titulares, me obligo a hacer del conocimiento de dichos titulares que he proporcionado tales datos a Seguros Atlas y a hacer de su conocimiento los lugares en donde ese encuentra a su disposición el referido Aviso de Privacidad.

Nota importante

El servicio que el hospital proporcione al asegurado conformará una relación contractual con el hospital y el médico que lo atendió. Por consiguiente, la responsabilidad de la atención médica será del hospital, el médico o ambos frente al paciente, ya que el asegurado los ha elegido libremente. Seguros Atlas no tendrá responsabilidad profesional ni legal derivada de esa relación.

Yo, el abajo firmante, declaro que toda la información en este Formulario de Solicitud de Reembolso se ajusta a la verdad.

Nombre completo del Asegurado Titular	Firma del Asegurado Titular
Dirección de correo electrónico del Asegurado Titular	Lugar y Fecha (dd/mm/aaaa)

Documentos a presentar:

1. Copia de la actuación del ministerio público, en caso de accidente.
2. Copia del expediente médico de la institución donde se atendió el paciente.
3. Interpretación de estudios de gabinete.
4. Copia de identificación oficial del asegurado afectado (IFE o INE, pasaporte, y en caso de menores de 5 años de edad, acta de nacimiento)
5. Facturas y recibos originales que incluyan el desglose de gastos de Hospital o Sanatorio, farmacia, médicos tratantes, Exámenes de Diagnóstico, pruebas de laboratorio, etc., y cumplan con la legislación fiscal respectiva. Por cada médico tratante se deberá enviar el informe médico respectivo.
6. Para gastos médicos incurridos en los Estados Unidos, el Asegurado deberá presentar los siguientes documentos, los cuales son proporcionados por los Proveedores médicos:
   a. El CMS-1500 (factura universal de los médicos en los Estados Unidos)
   b. El UB-04 (factura universal de los Hospitales en los Estados Unidos) o
   c. La factura detallada que cumpla con la legislación fiscal respectiva.

Enviar toda la información/documentación original a:

Seguros Atlas
Referencia: (nombre del plan)
Dirección: Paseo de los Tamarindos No. 60 P.B.
Col. Bosques de las Lomas
Ciudad de México C.P. 05120

Enviar toda la información/documentación digital al correo electrónico: reclamos@bd-atlas.com

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 24 de junio de 2026, con el número CNSF-S0023-0163-2026.

Best Doctors® INSURANCE

La póliza de seguro es emitida por Seguros Atlas, S.A. en su calidad de Institución Mexicana de Seguros. Best Doctors Insurance es el nombre comercial del grupo de compañías Best Doctors Insurance, que incluye BD Insurance México Agente de Seguros y de Fianzas S.A. de C.V., que es Agente Mandatario de Seguros Atlas, y Best DM, que presta servicios de administración para estos planes internacionales de Seguros Atlas.

Seguros Atlas® La empresa a mi medida

Paseo de los Tamarindos No. 60 P.B. | Col. Bosques de las Lomas | Ciudad de México C.P. 05120
Tel. 800.880.4555 | servicio@bd-atlas.com | bd-atlas.com