

Nombre del programa: _____

Formato para la reclamación de gastos médicos por accidente. Notas importantes:

1. La Sección I debe ser llenada para acreditarse como parte de la póliza que arriba se señala, así como para validar los datos de ocurrencia del evento.
2. Para la atención médica con pago directo, es indispensable la presentación de éste formato completamente requisitado (Sección I)
3. La Sección II será información que proporcione el médico que atendió el Asegurado.
4. En caso de atención médica con pago directo, el Aviso de Accidente lo deberá conservar el Doctor responsable. En caso de solicitar reembolso, el Aviso de Accidente debe ser llenado por el doctor (Sección II) y regresar al Asegurado.

Sección I

A) DATOS DEL AFECTADO

Nombre del afectado _____ Edad _____

Nombre de Padre o Madre (si el afectado es menor de edad) _____

Domicilio _____

Teléfono particular _____

B) DATOS DEL ACCIDENTE

Lugar donde ocurrió el evento _____

Fecha _____ Hora _____

Descripción detallada del accidente

Se autoriza a AIG México para recabar historia clínica, consultas, prescripciones, tratamientos, radiografías de cualquier hospital, médico o persona que haya examinado al asegurado con relación a cualquier enfermedad o lesión que haya sufrido

Fechado en _____ el _____

Nombre _____ Firma _____

C) DATOS DEL AGENTE

Nombre del Agente _____ Sello del Agente _____

Puesto _____ Teléfono _____

Fecha _____ Firma _____

Sección II - INFORME MEDICO

Para ser llenado por el Médico responsable de la atención médica

Nombre del paciente _____

Fecha 1a. Consulta _____

Diagnóstico final _____

Hora de 1ª atención _____

Porporcionar detalles de la atención médica:

Si hubo necesidad de hospitalización citar fechas:

Fecha y hora de ingreso _____

Fecha y hora de egreso _____

Especificar causa de hospitalización _____

¿Se parcticó alguna Intervención quirúrgica? _____

Especificar _____

Personas que participaron en la misma, además de Cirujano:

1er. Ayudante NO _____ SI _____

¿Porqué? _____

2do. Ayudante NO _____ SI _____

¿Porqué? _____

Anestesista NO _____ SI _____

¿Porqué? _____

¿El Asegurado ha sido dado de alta?

SI (Pasar a información adicional) NO (Llenar el siguiente cuadro)

El paciente continuará su atención médica debida a (Especificar motivo) _____

Señalar tiempo aproximado: _____

Indicar costo aproximado: _____

Lo anterior, para valorización y autorización por parte del Departamento Médico de la compañía de seguros

Información Adicional

Si hubo necesidad de placas radiográficas señalar cantidad _____

Número de Consultas: _____

Medicamentos indicados: _____

Medicamentos: _____

Datos del Doctor Responsable

Nombre del Doctor _____

Fecha _____

RFC _____

Cédula Profesional _____

Dirección _____

Teléfono _____

Firma _____