CHARTIS

Aviso de Accidentes

Siniestros Accidentes Personales
Tel. (55) 54 88 4700
Fax (55) 54 88 48 46 ext. 1615
Lada Sin Costo 01 800 00 11 300
E:mail: siniestrosap.mexico@aig.com

Domiclio en Of. Matriz, Cd. de México :
Av. Insurgentes Sur 1136, Col. Del Valle cp. 03219

Póliza : _____ / _____ / _____
Sucursal / Ramo / Número

Nombre de la Insititución ( )

Formato para la reclamación de gastos médicos por accidentes
4 Puntos importantes:

1. La sección I, debe ser llenada por el responsable de la Institución a la que pertenece el afectado, con esto, el responsable acreditará al afectado como parte de la póliza que arriba se señala, así como validará los datos de ocurrencia del evento.

2. Es indispensable para la atención médica con pago directo la presentación de este formato completamente requisitado -Sección I - y en Original

3. La Sección II - reverso - será información que porporcione el médico que atendió al asegurado.

4. Falsa Declaración proporcionada en el siguiente cuestionario, releva de toda responsabilidad, los beneficios del seguro contratrado.

Sección I

a) Datos del afectado

Nombre: (apellidos y nombre) _____ **Edad** _____

Grado y Grupo (Acc. Escolares) _____ **Credencial Núm.-** _____

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

Domicilio particular

Mes de ingreso a la póliza _____

Tel. particular - Lada ( ) _____

b) Datos del accidente

Describa detalladamente el evento

Fecha _____ / _____ / _____
día mes año

Hora _____

Lugar donde ocurrió

En el trayecto ( )

En las instalaciones ( )

Especificar :

c) Datos de la Institución

Nombre del responsable _____

Puesto _____

Firma _____

Sello de la Institución

Tel. - Lada ( ) _____

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

Fechado en: _____ el _____ de _____ del 20_____.

CHARTIS

Sección II

Informe Médico

Para ser llenado por el Médico responsable de la atención médica

Nombre del paciente ( )

Fecha Accidente / / **Hora**
día / mes / año

Fecha 1a. Consulta / / **Hora**
día / mes / año

Mecanismo del Lesión

Diagnóstico

Descripción de las lesiones

Tratamiento y descripción de medicamentos

Fecha calculada de término de tratamiento / /
día / mes / año

Interpretación de los estudios que confirman diagnóstico

Costo estimado del tratamiento completo

Servicios ( ) Honorarios Médicos ( )

Médico Tratante	**Responsable del PACIENTE**
Nombre y Firma	**Nombre y Firma**
RFC	**Fecha**
Cédula Profesional	
Teléfono (s)	**Tel. Lada ( )**