AIG

EMPRESA SOCIALMENTE RESPONSABLE

Formato
Informe Médico

Para ser llenado por el médico responsable de la atención médica.

Nombre del paciente:

Fecha del accidente: Fecha: DD/MM/AA Hora: : A.M. P.M.

Fecha de la 1a. consulta: Fecha: DD/MM/AA Hora: : A.M. P.M.

Mecanismo de la lesión:

Diagnóstico:

Descripción de las lesiones:

Tratamiento y descripción de medicamentos:

Fecha calculada de términos del tratamiento: Fecha: DD/MM/AA

Interpretación de los estudios que confirman el diagnóstico:

Costo estimado del tratamiento completo: Servicios: $

Honorarios médicos: $

Médico tratante

Nombre y firma:

RFC:

Cédula profesional:

Teléfono particular: ( )

Responsable del paciente

Nombre y firma:

Fecha: DD/MM/AA

Teléfono particular: ( )

AIG

EMPRESA SOCIALMENTE RESPONSABLE

Formato
Aviso de accidente

Al momento del accidente, debes reportarte al: 01 800 001 2244

Nombre de la institución:

Póliza:	Sucursal:	Ramo:	Número:

Formato para la reclamación de gastos médicos por accidentes. Consideraciones importantes:

1. El informe médico será llenado por el médico que atendió al asegurado.
2. El aviso de accidente, debe ser llenado por el responsable de la institución y/o el afectado, así el responsable acreditará al afectado como asegurado de la póliza que arriba se señala y validará los datos de ocurrencia del evento.
3. Es indispensable para la atención médica con pago directo, la presentación en original de la credencial vigente de la institución (en caso de aplicar) y el presente formato debidamente requisitado.

A) Datos del afectado

Nombre completo: Edad:

Grado y grupo (accidentes escolares): Credencial No.:

Nombre del padre o madre (si el afectado es menor de edad): Correo electrónico:

Domicilio particular: Teléfono particular: ( )

B) Datos del accidente

Describe detalladamente el evento:

Fecha: DD/MM/AA Hora: : A.M. P.M. Lugar donde ocurrió: En el trayecto: En las instalaciones: Especificar:

C) Datos de la institución

Nombre del responsable:

Puesto: Teléfono particular: ( )

Firma de la institución:

Sello de la institución

Se autoriza a AIG Seguros México para recabar historia clínica, consultas, prescripciones, tratamientos, radiografías, etc., de cualquier hospital, médico o persona que haya examinado al asegurado con relación a cualquier enfermedad o lesión que haya sufrido. La falsa declaración en el siguiente cuestionario, anula los beneficios del seguro contratado.

Fechado en: el: de: del 20

D) Consentimiento

Medicavial, S.A. de C.V., con domicilio en Av. Álvaro Obregón 151, piso 11, Col. Roma Norte, Del. Cuauhtémoc, México, Ciudad de México, es la entidad responsable del tratamiento de tus datos personales que recabamos directamente de ti, a través del llenado de este formato. Tus datos personales serán usados para verificar la procedencia del siniestro del seguro y dar cumplimiento a las obligaciones derivadas del seguro mencionado. Los datos personales serán tratados de conformidad con lo dispuesto a la Ley Federal de Protección de Datos Personales en Posesión de Particulares, la reglamentación respectiva y los avisos de privacidad aplicables. Al llenar este formato, estás manifestando tu consentimiento para usar, transferir y almacenar tus datos personales (patrimoniales o financieros y sensibles aquí proporcionados). Podrás revocar tu consentimiento en cualquier momento, sin que se te atribuyan efectos retroactivos, en los términos indicados en los avisos de privacidad. El aviso de privacidad de Medicavial, S.A. de C.V., está a tu disposición en cualquier momento, solicitándolo al correo electrónico: privacidad@medicavial.com.mx El aviso de privacidad de AIG Seguros México, S.A. de C.V., está a tu disposición en la página de Internet: www.aig.com.mx

Manifiesto que leí los avisos de privacidad de las dos entidades mencionadas, previamente al proporcionar mis datos personales, los cuales declaro conocer y aceptar en todos sus términos.

X

Nombre y firma del titular de los datos