



PROCESO DE REEMBOLSO

El seguro aplica por reembolso, por lo que pueden ir al médico de su preferencia.

Los documentos que se necesitan llenar los podrás encontrar adjuntos en este mismo documento:

- Formato de aviso de accidente
- Informe médico: llenarlo completo con ayuda del médico tratante.

Si tienes alguna duda al momento de llenar los documentos, contáctanos:

Teléfonos: (01.55.) 52.57.49.37

Nextel: 55.17.93.75.56

Mail: info@kincamp.com

Otra documentación requerida:

- Todas las recetas, facturas, tickets, placas, etc.
- Desgloce de comandos de facturas (se pide en el hospital)
- Interpretación de estudio radiológico
- En caso de sesiones de rehabilitación, la receta del médico que las indicó y la bitácora de las sesiones cuando concluyan.
- Datos de una cuenta (nombre del titular, número de cuenta y clabe) para el depósito de reembolso.
- Copia de la credencial escolar del acampador
- Copia de INE del padre o tutor

Todos los documentos se requieren en original, a excepción de la credencial escolar y el INE. En cuanto tengan listos los documentos es necesario que nos den aviso y nos den una dirección para poder recogerlos. En cuanto tengamos los documentos, el reembolso del 50% se hace ese mismo día, o al siguiente a más tardar; y el resto, cuando el seguro apruebe la devolución.



Al momento del accidente, debes reportarte al 800 001 2244, 800 001 1300 ó 800 006 4200

Nombre de la institución

Datos de la 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.

Datos del afectado

Nombre completo

Edad

Teléfono particular

Grado y grupo (accidentes escolares)

Credencial No.

Nombre del padre, madre o tutor (si el afectado es menor de edad)

Correo electrónico

Domicilio particular

Datos del accidente

Describe detalladamente el evento

Fecha

Hora

Lugar donde ocurrió

DD/MM/AA

: AM
PM

En el trayecto

En las instalaciones

Especificar

Datos de la institución

Nombre del responsable

Firma de la institución

Puesto

Teléfono particular

Sello de la institución

Se autoriza a AIG Seguros México para recabar historia clínica, consultas, prescripciones, tratamientos, radiografías, etc. de cualquier hospital, médico o cualquier 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.

Fecha en (lugar)

El de del 20

Consentimiento

AIG Seguros México S.A de C.V. con domicilio en Av. Insurgentes Sur 1136, Tlacoquemécatl del Valle, Alcaldía Benito Juárez, C.P. 03219, 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 el aviso de privacidad de AIG Seguros México, S.A. de C.V., mismo que está a tu disposición en la página de internet: www.aig.com.mx

Manifiesto que leí el aviso de privacidad de la entidad mencionada previamente al proporcionar mis datos personales, los cuales declaro conocer y aceptar en todos sus términos.

X

Nombre y firma del afectado

Nota importante: En caso de ser menor de edad, sólo especificar el nombre del afectado, debiendo firmar el padre, madre o tutor en su nombre.





Para ser llenado por el médico responsable de la atención médica

Nombre del paciente

Número de póliza o siniestro

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 DD / MM / AA

Pronóstico de evolución

Interpretación de los estudios que confirman el diagnóstico

Costo estimado del tratamiento completo Servicios \$ _____

Honorarios médicos \$ _____

Médico tratante
Nombre y firma
Cédula profesional
Teléfono particular ()

Responsable del paciente
Nombre y firma
Fecha DD / MM / AA
Teléfono particular ()

Los datos personales serán tratados de conformidad con lo dispuesto en la Ley Federal de Protección de Datos Personales en Posesión de Particulares, la reglamentación respectiva y el aviso de privacidad que está a tu disposición en la página de internet: www.aig.com.mx Por favor consulta el aviso de privacidad antes de proporcionar tus datos.

