



Formato Aviso de Accidente

Al momento del accidente, debes reportarte al: 01 800 001 2244
o escríbenos a: aseguradosap@crawfordaffinity.com

Nombre de la institución: _____

Póliza:	Sucursal:	Rama:	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:	Hora:	Lugar donde ocurrió:	Especificar:
DD/MM/AA	: A.M. P.M.	En el trayecto: <input type="checkbox"/> En las instalaciones: <input type="checkbox"/>	_____

C) Datos de la institución

Nombre del responsable:	Teléfono particular: ()	Sello de la institución
Puesto:		
Firma 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.

Fecha: _____ el _____ de _____ del 20 _____

D) Consentimiento

Montolin México, S.A. de C.V. (CRAWFORD AFFINITY MEXICO), es responsable del tratamiento de tus datos personales, los cuales serán usados para verificar la procedencia del siniestro del seguro contratado con AIG Seguros México, S.A. de C.V. 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 de cada una de las entidades mencionadas.

Cuando voluntariamente nos proporcionas tus datos personales, estás manifestando tu consentimiento respecto a los avisos de privacidad de Montolin México, S.A. de C.V. y AIG Seguros México, S.A. de C.V., por consiguiente, estás autorizado a que dichas entidades usen, transfieran y almacenen tus datos personales de conformidad con los mismos y con las leyes aplicables; lo que implica que entiendes el significado y alcance de sus términos. 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 Montolin México, S.A. de C.V., está a tu disposición en cualquier momento, solicitándolo por correo electrónico a la dirección: atencionclientesmx@crawfordaffinity.com o al: (55)1719 0160 Ext.: 2013 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

Otorgo mi consentimiento para el tratamiento de mis datos personales, patrimoniales o financieros y sensibles aquí proporcionados (o los que CRAWFORD AFFINITY llegue a recabar), así como para transferencia de datos a AIG Seguros México, S.A. de C.V., de conformidad con sus respectivos avisos de privacidad. Manifiesto que leí los avisos de privacidad 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



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 del lesión:

Diagnóstico:

Descripción de las lesiones:

Tratamiento y descripción de medicamentos:

Fecha calculada de término 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:

Teléfono particular: ()

Fecha:

DD/MM/AA