reinventando / los seguros

Accidentes Escolares

Programación de cirugía

No. de póliza	No. de certificado	No. de empleado o matricula de la escuela
Plan contratado		No. de folio (Aviso de Accidente)

Datos de la reclamación

Tipo de reclamación Inicial ☐ (Cuando es la primera vez que se presenta gastos por este evento)

Complementaria ☐ (Cuando ya se han presentado gastos por este evento)

Compañia _____

No. de siniestro en caso de ser de AXA_____

Programación

Cirugía ☐ Estudios de alta especialidad ☐ Equipo especial hemodiálisis ☐ Medicamentos ☐

Enfermería ☐ Rehabilitación ☐ Otros ☐

Describir:_____

Equipo o material especial que se utilizará en el procedimiento	
Estudios realizados que respaldan el procedimiento	
Hospital en donde se llevará a cabo el procedimiento	Fecha de evento programado

Tiempo de estancia hospitalaria contemplado: Menos de 24 horas ☐ 24 a 48 horas ☐ Más de 48 horas ☐

Datos del médico tratante

Nombre (apellido paterno, apellido materno, nombre(s))		Médico de convenio Sí ☐ No ☐
Cédula profesional	Especialidad	Cédula de especialidad
R.F.C.	Teléfono	Teléfono celular
Correo electrónico		

Nota: como médico tratante y de conformidad con la Ley Federal de Datos Personales en Posesión de los Particulares, he obtenido del paciente su autorización para transferir sus datos médicos, todos los informes que se refieran a la salud del mismo, inclusive todos los datos de padecimientos anteriores a AXA Seguros, S.A. de C.V. Bajo protesta de decir verdad manifiesto que la información proporcionada en este formato fue tomada directamente tanto del paciente asegurado o de los familiares responsables, en el caso de los menores o discapacitados, como del expediente clínico que obra en mi poder y cualquier declaración inexacta o falsa en este cuestionario exentará de toda responsabilidad a la aseguradora.

Firma del médico tratante	Firma del asegurado afectado o padres o tutores en caso de ser menor de edad	Firma del contratante	Lugar y fecha

AI - 342 • AGOSTO 2014