



Procedimiento de Reembolso

Accidentes Personales Escolares

Procedimiento de Reembolso

1. En caso de ocurrir un accidente, y no se encuentren hospitales en convenio ó el asegurado decida acudir con su médico de preferencia para tramitar después su reembolso deberá llevar a cabo el siguiente procedimiento:

Recopilar la siguiente documentación, los formatos podrá obtenerlos en la página de la Latino www.latinoseguros.com.mx ó solicitarlos a su agente de seguros:



LA LATINOAMERICANA SEGUROS, S.A.
 S de CV. Calle Lázaro Cárdenas 142
 C. P. 06027 México, D. F.
 Tel. 51 50 2050
www.latinoseguros.com.mx



RELACION DE COMPROBANTES PARA REEMBOLSO DE A.P.E.

Lugar _____ Día _____ Mes _____ Año _____

Nombre del Colegio: _____ Fecha _____

Solicito se tramite el reembolso de los gastos efectuados por la atención médica proporcionada a _____

Apellido Paterno _____ Apellido Materno _____ Nombre (s) _____

Con motivo de: _____

Documentación Original anexa:

1. Aviso de Accidente (debe venir firmado y sellado por el colegio, así como la firma del padre o tutor)* SI NO

2. Informe Médico (debe venir firmado por el médico)* SI NO

Médico Tratante: _____ Especialidad: _____

Médico Tratante: _____ Especialidad: _____

Médico Tratante: _____ Especialidad: _____

3. Resultado de los siguientes estudios: *

Radiografías <small>(incluyendo interpretaciones)</small>	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Ultrasonido	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
Tomografías	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Laboratorio	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
Otros	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Especifique _____	

4. Recetas * SI NO

5. Desglose de gastos hospitalarios * SI NO

6. Comprobantes *

Núm. Recibo y/o Factura	Nombre	Monto
1.-		
2.-		
3.-		
4.-		
5.-		
6.-		
7.-		
8.-		
9.-		
10.-		

7. Formato de identificación del cliente * SI NO

8. Documentos anexos: *

Credencial IFE <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Comprobantes Domicilio <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Total \$ _____
Pasaporte <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Copia de credencial del alumno expedida por colegio <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	

A nombre de quien desea salga su pago: _____

Recibió _____ Fecha _____

NOTA: Los recibos y facturas deberán venir a nombre de quien se va a pagar o salir el cheque y siempre deben decir por la atención otorgada al paciente y aquí deben indicar el nombre del asegurado afectado, si es menor de edad a nombre del padre o tutor; por motivo podrán reembolsarse gastos con recibos a nombre de la Cía. de Seguros. Todos los recibos de honorarios y facturas deberán contar con los requisitos fiscales que exige la SHCP.

*DOCUMENTOS INDISPENSABLES PARA REALIZAR EL TRÁMITE

0330507

Procedimiento de Reembolso

- a. **Formato de relación de comprobantes para Reembolso.** En él se detallan los comprobantes de gastos que se anexarán para cobro, así como el nombre de la persona acreedora al pago, en caso de proceder.
- b. **Aviso de Accidente e Informe Médico** Debe contestarse completamente. Es indispensable que cuente con la firma del director y sello del colegio.
- c. **Formato de identificación del cliente.** Conforme a las disposiciones oficiales de la SHCP, deberán proporcionarse en este documento, los datos de la persona a la que se acreditará el pago.
- d. **Copia de IFE ó Pasaporte** de la persona que solicita el pago
- e. **Copia de la credencial del afectado.** Expedida por el colegio

Procedimiento de Reembolso

- f. **Comprobante de domicilio** de la persona que solicita el pago como: teléfono, luz, agua , predial ; cualquiera , no mayor a 3 meses de expedido.
- g. **Estudios realizados con interpretación:** Rayos x, tomografías, ultrasonido, laboratorio, etc.
- h. **Recibos y/o Facturas** a nombre del asegurado afectado, no debe tener tachaduras, correcciones o enmendaduras. (Si es menor de edad deberá venir a nombre del padre o tutor o a nombre del colegio). Los comprobantes de gastos de hospital y farmacia deben desglosarse por conceptos de hospitalización y medicamentos
- i. **Recetas médicas.**
- j. **Actuaciones del ministerio público.** En caso de que el accidente ocurra en vía pública, es necesario presentar los documentos de la actuación ministerial en original o copia certificada.

Procedimiento de Reembolso

2. Entregar la documentación a La Latino Seguros vía su agente de seguros.
3. De estar su documentación completa, La Latino Seguros dará respuesta en un lapso no mayor a 20 días hábiles.
4. El reembolso se realizará con la entrega de la siguiente documentación:
 - a. Cheque a nombre de la persona que se haya designado.
 - b. Carta finiquito.
 - c. Comprobantes originales de los gastos NO procedentes.
 - d. Si el reembolso no procede, se entregará una carta explicando los motivos del rechazo.

Procedimiento de Reembolso

Notas Importantes:

- En caso de requerir terapias de rehabilitación por un accidente cubierto, es necesario presentar informe médico, así como constancia de asistencia a las mismas.
- Es obligación del contratante notificar a La Latino Seguros, a través de la página web ó de su agente de seguros en hoja membretada, con un mínimo 24 hrs de anticipación, las salidas que los alumnos realizarán, especificando, relación de participantes (para salidas fuera de la ciudad es indispensable), fechas, origen y destino, horarios de salida y regreso, actividades a realizar. De no tener conocimiento La Latino Seguros **no asumirá** la responsabilidad en caso de siniestro. **Solo quedarán amparadas aquellas personas dadas de alta en la póliza con fecha previa al evento notificado.**

seguros
en buena
compañía