



GUIA

PAGO DE SINIESTROS

GASTOS MÉDICOS

ACCIDENTES PERSONALES

VIDA

Reembolso de Gastos Médicos

1. Si es un **reembolso** inicial, deberá acompañarse de Informe Médico y del Reclamante **d e b i d a m e n t e** requisitado. (Si hay más de un medico tratante por especialidad, deberá anexarse un informe Médico por cada uno de ellos); En caso de ser una reclamación complementaria, deberá ingresar fotocopia de la autorización hospitalaria previa o del finiquito anterior.

En caso de reembolsos para padecimientos crónicos, deberá enviarse una actualización del informe médico cada seis meses o antes si nuestro medico coordinador lo requiere para dictaminar su reclamación

2. Los trámites con pago de medicamentos invariablemente deberán venir acompañados de la copia de la receta médica que avale su prescripción.
3. Todo tramite de estudios de laboratorio, gabinete, imageneologia, etc., deberán acompañarse de copia de los resultados e interpretaciones así como la orden del médico tratante para la realización de los mismos
4. Todos los trámites de gastos efectuados deberán cumplir con los requisitos fiscales establecidos. Los comprobantes no deberán tener tachaduras o enmendaduras y deberán desglosar claramente los conceptos que amparan (Consulta médica, Honorarios de Cirujano, Honorarios por ayudantía, etc.)

Es importante considerar que el pago del Impuesto al Valor Agregado (IVA) será cubierto por la compañía siempre y cuando las facturas y recibos reúnan los requisitos fiscales y se expidan a favor de **ASEGURADORA INTERACCIONES S.A. DE C.V GRUPO FINANCIERO INTERACCIONES. RFC AIN930126 LM6**

(Si los comprobantes están a nombre distinto NO se cubrirá el importe del IVA de la reclamación)

5. En reembolsos iniciales deberá incluirse la siguiente información del Afectado-**Beneficiario**

PERSONA FISICA

Copia de identificación oficial del Afectado

Copia de cedula de CURP

Copia de comprobante de domicilio con una antigüedad no mayor a tres meses de su fecha de emisión.
(Recibo de agua, Luz, Teléfono)

(En el llenado del informe del Reclamante, deberá incluirse un numero telefónico fijo y local, en el cual pueda localizarse al Asegurado).

PERSONA MORAL

- R.F.C.

- Copia de poder Notarial donde se nombre representante legal

- Copia de comprobante de domicilio con una antigüedad no mayor a tres meses de su fecha de emisión.
(Recibo de agua, Luz, Teléfono)

- Copia de Identificación oficial del representante legal

1. Formato de Informe Médico y de Reclamante completo y debidamente requisitado

En caso de AP Escolar, carta del Colegio con la información detallada de la forma en que ocurrió el accidente

(Si la atención se recibe en una área de Urgencias y ahí mismo se practican los estudios de Gabinete, el médico tratante deberá indicar claramente en el reporte médico la prescripción de los mismos)

2. Todos los trámites de gastos efectuados deberán cumplir con los requisitos fiscales establecidos. Los comprobantes no deberán tener tachaduras o enmendaduras y deberán desglosar claramente los conceptos que amparan (Consulta médica, Honorarios de Cirujano, Honorarios por ayudantía, etc.)

Es importante considerar que el pago del Impuesto al Valor Agregado (IVA) será cubierto por la compañía siempre y cuando las facturas y recibos reúnan los requisitos fiscales y se expidan a favor de **ASEGURADORA INTERACCIONES S.A. DE C.V GRUPO FINANCIERO INTERACCIONES. RFC AIN930126 LM6**

(Si los comprobantes están a nombre distinto NO se cubrirá el importe del IVA de la reclamación)

3. Recetas médicas y ordenes de estudios, que amparen el gasto de los medicamentos y estudios ingresados en la reclamación.
En toda reclamación deberán anexarse copias de los estudios realizados y sus interpretaciones
Deberá incluirse la siguiente información del **Beneficiario**

PERSONA FISICA

- Copia de identificación oficial del Afectado
- Copia de cedula de CURP
- Copia de comprobante de domicilio con una antigüedad no mayor a tres meses de su fecha de emisión.
(Recibo de agua, Luz, Teléfono)

PERSONA MORAL

- R.F.C.
- Copia de poder Notarial donde se nombre representante legal
- Copia de comprobante de domicilio con una antigüedad no mayor a tres meses de su fecha de emisión.
(Recibo de agua, Luz, Teléfono)
- Copia de Identificación oficial del representante legal

4. Para los Rembolsos de Accidentes Personales Escolares, cuyos trámites se emitan por condición de póliza a nombre de alguno de los padres del afectado se deberá anexar la siguiente información:
 - Copia de identificación oficial del Padre o Madre
 - Copia de cedula de CURP
 - Copia de comprobante de domicilio con una antigüedad no mayor a tres meses de su fecha de emisión.
(Recibo de agua, Luz, Teléfono)

B. PERDIDAS ORGANICAS

En caso de pérdidas orgánicas:

Para estos trámites deberá integrarse la documentación señalada en el punto 1, adicionando lo siguiente:

- Original o Copia Certificada del Dictamen de Incapacidad, emitido por Institución Pública de Salud autorizada o médico con cédula profesional, certificado y especialista en la materia.
- Últimas radiografías o estudios realizados, con interpretación que respalden la pérdida orgánica
- Historia clínica detallada que ampare el suceso motivo de la reclamación.

Programación de Cirugía

Para realizar un **trámite de cirugía programada** es necesario que se integre la siguiente información:

1. Informe del médico o médicos tratantes, que atienden e intervendrán en el proceso al Asegurado, debidamente requisitados y firmados. (Se deberá presentar un informe por cada médico tratante)
2. Informe del reclamante debidamente requisitado y firmado por el Asegurado
3. Presupuesto del proceso quirúrgico que se practicara al Asegurado, indicando el Hospital y fecha donde se realizara el mismo.
4. Estudios auxiliares de imagen y diagnostico que respalden el por que habrá que realizar el proceso quirúrgico, acompañados del original de su interpretación.
5. Copia de la carátula de la póliza vigente.
6. Copia de credencial de seguro GMM del Asegurado afectado
7. Copia de credencial oficial del Asegurado afectado
8. En caso de ser una reclamación complementaria, deberá ingresar fotocopia de la autorización hospitalaria previa o del finiquito anterior.

La documentación anterior deberá presentarse en las oficinas de AISA o en los Módulos Hospitalarios y en un plazo máximo de 05 días hábiles se entregara la carta de autorización.

La carta Autorización de Cirugía Programada tiene una vigencia de 10 días hábiles a partir de la fecha de su emisión.

Trámite De Pago Directo

Todo trámite de pago directo deberá integrarse de la siguiente manera:

1. Factura(s) original emitida a nombre de:
ASEGURADORA INTERACCIONES S.A. DE C.V GRUPO FINANCIERO INTERACCIONES.
RFC AIN 93 01 26 LM6
2. Formato de **Informe médico** debidamente firmado y requisitado (si existe más de un medico tratante en el evento que ampare la factura de pago directo, deberá integrarse el reporte por cada médico)
3. Formato de Informe del Reclamante debidamente firmado y requisitado
4. Carta(s) autorización debidamente firmada por medico coordinador de AISA

En caso de que el proveedor requiera que su pago sea a través de transferencia Bancaria, deberá ingresar además de la documentación anterior, Estado de Cuenta bancario, el cual cuente con CLABE interbancaria con una antigüedad de expedición menor a 3 meses; además de llenar el consentimiento de pago por transferencia bancaria.

Con el fin de brindarle la atención correcta y oportuna al momento de realizar un trámite para el cobro de Seguro de Vida, es necesario entregar la siguiente documentación:

I. En caso de Fallecimiento del Asegurado:

1. Formatos de Declaraciones 1, 2 y 3 AISA completos y debidamente requisitados. (Los formatos se pueden obtener en la página de internet: www.interacciones.com, en la sección de Seguros-Formatos)
2. Original de Póliza o Certificado Individual, que lo acredite como Asegurado de Interacciones y que contenga la designación de Beneficiarios con la firma autógrafa del Asegurado o Tutor (en caso de menor de Edad)
3. Copia Simple de Certificado de Defunción.
4. Original o Copia Certificada de Acta de Defunción.
5. Original o Copia Certificada de Acta de Nacimiento del Afectado y de cada uno de los Beneficiarios.
6. En caso de que el beneficiario sea el cónyuge Original o Copia Certificada del Acta de Matrimonio.
7. Copia de Identificación Oficial del Asegurado y de cada uno de los Beneficiarios (las copias deben ser legibles).

Se establece como identificación oficial:

- Credencial de Elector
- Pasaporte
- Cédula Profesional
- Cartilla de Servicio Militar

En caso de Póliza Escolar (copia de la credencial que lo acredite en la Institución)

8. Copia de CURP del Asegurado y de cada uno de los Beneficiarios.
9. Copia de comprobante de Domicilio actualizado, del Asegurado y de cada uno de los Beneficiarios, con una vigencia no mayor a tres meses de su fecha de emisión.
 - Recibo de Agua
 - Luz
 - Teléfono
 - Impuesto predial
10. En caso de MUERTE ACCIDENTAL: Copia Certificada de Actuaciones de Ministerio Público que incluyan:
 - Apertura de la Averiguación Previa
 - Inspección Ocular y Fe de Cadáver
 - Inspección Ministerial y Judicial
 - Reconocimiento de Cadáver por dos familiares
 - Declaraciones de personas involucradas y/o testigos
 - Diligencias
 - Resultados de Autopsia
 - Resultados Toxicológicos y de Alcoholemia
 - Medidas precautorias, medidas de apremio etc.

11. En caso de Pólizas de Grupo y colectivas cuyas sumas Aseguradas estén en calculadas en base al salario del Asegurado, anexar original o copia certificada de los últimos tres recibos de nomina avalados por el Departamento de Recursos Humanos de la institución donde laboraba el Asegurado.

Para que se entregue el cheque por el pago de su reclamación, será necesario:

- a) Que el Beneficiario se identifique con credencial oficial, entregue folio de tramite con una copia de su identificación y plasme su nombre completo y firma de recibido
- b) En caso de que el beneficiario no sea quien recoja el pago de su reclamación; la persona asignada por éste deberá identificarse con credencial oficial y entregar la siguiente documentación:
- c) Original de carta poder expedida por el Beneficiario acompañada de copias de identificación oficial (Otorgante y Receptor)
- d) Folio de tramite

La persona que reciba el tramite deberá plasmar su nombre completo y firma de recibido.

Para la entrega de pagos al personal autorizado por Promotorías, Despachos y Agentes será necesario que se envíe una carta dirigida a esta Aseguradora donde se especifique quien(es) será la persona autorizada para realizar este trámite, anexando copia de la identificación oficial correspondiente. Este documento deberá actualizarse cuando se realice algún cambio de personal o cuando la Aseguradora lo requiera.

El personal autorizado deberá plasmar su firma y nombre completo en cada trámite que realice.

Consideraciones para todos los ramos

Todo trámite de reclamación deberá venir acompañado por la “hoja de desglose” en donde se detallen los documentos que se anexan, los gastos que se reclaman con la sumatoria de sus importes, datos del asegurado y padecimiento.

(Esta hoja deberá ser generada por el Agente, Corredor o Asegurado que realice el trámite)

En todo trámite de Reembolso solo se emitirán pagos a favor del Contratante, Titular o Asegurado, expresamente mencionados en la póliza (bajo ninguna otra circunstancia se emitirá pago a persona distinta).

Para la entrega del cheque por el pago de su reclamación, será necesario:

- a) Que el **Beneficiario** se identifique con credencial oficial, entregue folio de trámite con una copia de su identificación y plasme su nombre completo y firma de recibido
- b) En caso de que el **Beneficiario** no sea quien recoja el pago de su reclamación; la persona asignada por éste deberá identificarse con credencial oficial y entregar la siguiente
 - Original de Carta Poder expedida por el **Beneficiario** acompañada de copias de identificación oficial. (Otorgante y Receptor)
 - Folio de Trámite
La persona que reciba el trámite deberá plasmar su nombre completo y firma de recibido.

(Estos trámites deberán realizarse para cada reclamación tramitada)

Para la entrega de pagos al personal autorizado por Promotorías, Despachos y Agentes será necesario que se envíe una carta dirigida a esta Aseguradora donde se especifique quien(es) será la persona autorizada para realizar este trámite, anexando copia de la identificación oficial correspondiente. Este documento deberá actualizarse cuando se realice algún cambio de personal o cuando la Aseguradora lo requiera.

El personal autorizado deberá plasmar su firma y nombre completo en cada trámite que realice.

**Centro de Atención Telefónica
24 horas 365 días del año
01800 908 23 00**

**atención de quejas y sugerencias
atencionacientes@interacciones.com
01 800 832 5936**