**Folio TecNM: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Póliza: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Certificado: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

|  |
| --- |
| **Reclamación para reembolso de gastos médicos ocasionados por accidentes escolares** |

**Instrucciones:**

1. Esta lista de verificación se deberá de integrar al expediente como carátula
2. Se deberá conformar un expediente con los documentos que se enlistan en la sección dos de este formato
3. Proporcionar la información solicitada en la primer sección
4. En la segunda sección marcar con una “X” los documentos que integran el expediente en la columna correspondiente
5. El orden de los documentos en la conformación del expediente deberá de ser el que estipula la lista de las sección dos
6. En la tercer sección proporcionar los datos en la columna correspondiente en función de la etapa del reclamo
7. Agregar una copia simple de todos los documentos que integran el expediente.
8. Una vez conformado físicamente el expediente con todos sus elementos el Instituto Tecnológico deberá entregarlo o enviarlo a la Dirección de Servicios Escolares y Estudiantiles para asignar el folio de control interno y posterior a esto entregarlo a la Aseguradora.

**Sección I.- Datos Generales.**

|  |  |
| --- | --- |
| Nombre del estudiante: |  |
| Nombre del Instituto Tecnológico: |  |
| Nombre de la personal que dará seguimiento en el Instituto: |  |
| Correo electrónico del contacto en el Instituto para seguimiento: |  |

**Sección II.- Documentación.**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Reembolso de gastos médicos** | **Tecnológico** | **Dir. Escolares** | **Aseguradora** |
| **Original de los siguientes documentos:** |  |  |  |
| 1. Oficio del Instituto donde mencione los datos generales del estudiante y una relatoría somera de los hechos del accidente, solicitando el pago respectivo |  |  |  |
| 1. Formato **“Aviso de Accidente o Enfermedad”** |  |  |  |
| 1. Formato **“Informe Médico”** |  |  |  |
| 1. Formato **“Solicitud de Reembolso”** |  |  |  |
| 1. Facturas de atención hospitalaria a nombre del estudiante, con desglose de cargos, para facturas de medicamentos fuera del hospital se deberán acompañar de la receta médica |  |  |  |
| 1. Estudios médicos practicados, resultados e interpretaciones |  |  |  |
| 1. **Formato Único de identificación y conocimiento del Cliente** |  |  |  |
| **Copia simple de los siguientes documentos:** |  |  |  |
| 1. Credencial vigente de estudiante |  |  |  |
| 1. Identificación oficial (Credencial de elector, pasaporte, cédula profesional) |  |  |  |
| 1. Comprobante de domicilio no mayor a 90 días a la fecha de envió o entrega a la Dirección de Servicios Escolares y Estudiantiles(agua, energía eléctrica, teléfono o predial) |  |  |  |
| **Copia simple de todos los documentos que integran el expediente** |  |  |  |

**Sección III.-Seguimiento.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **Tecnológico** | **Aseguradora** |
| Fecha de entrega y/o recepción |  |  |
| Nombre de la persona que entrega y/o recibe |  |  |
| Firma de entrega y/o recepción |  |  |