



### FORMULARIO DE RECLAMOS DE SEGURO

Para formular una reclamación de Accidentes Personales, el Asegurado debe completar el formulario en la Sección A, el médico tratante la Sección B, igualmente, deberá adjuntar los recibos, facturas, y comprobantes de la cuenta pagada, y remitirlos a AIG-Metropolitana, ubicada en la Av. Jacinto de la Cueva y Av. Brasil, esquina.

Fecha de presentación del reclamo a la Compañía: Día:   Mes:   Año:      
Póliza #:  Certificado #:

#### SECCIÓN A - PARA SER COMPLETADA POR EL ASEGURADO

Nombre:  Edad:  Sexo: F  M

Dirección:  Teléfono:

Ocupación:  Cargo:

Empresa donde trabaja:

Describa la lesión:

Fecha del accidente: Día:   Mes:   Año:

Donde ocurrió:

Cómo ocurrió:

Nombre del primer médico consultado:  Teléfono:

Fecha de la primera visita al médico: Día:   Mes:   Año:

Nombre y dirección del médico y otros médicos que lo asisten por esta lesión:

Estuvo hospitalizado por esta lesión: Si:  No:

Indique el hospital y teléfono:

Fecha de ingreso: Día:   Mes:   Año:

Totalmente Incapacitado: desde:  hasta:

Permanente Incapacitado: desde:

Por este medio certifico que las preguntas que anteceden y las facturas adjuntas son verídicas y cabales según mi leal saber y entender. Autorizo a todos los médicos y personas que atendieron y a todas las clínicas y otras instituciones para que suministren a AIG-Metropolitana Cía. de Seguros y Reaseguros S.A. cualquier información incluyendo copias exactas de sus archivos, exámenes de laboratorio y Rayos X pertenecientes a este reclamo. Queda entendido que la Compañía de Seguros se reserva el derecho de aplazar la liquidación de este reclamo hasta la obtención de todos los documentos necesarios a su completa satisfacción.

Lugar:  Firma Asegurado:  No. Ident/Cédula:

Cheque a favor de:

**SECCIÓN B - PARA SER COMPLETADA POR EL MÉDICO TRATANTE**Nombre del asegurado:  Edad:  Sexo: F  M Diagnóstico completo: Si se practicó cirugía, describa la operación: Donde se efectuó la operación:  Día:  Mes:  Año: Fechas en que atendió al paciente en el hospital: Ordenó usted la hospitalización: Si:  No:  Nombre del Hospital: Admitido el: Día:  Mes:  Año: Salida el: Día:  Mes:  Año: Según su opinión, cuando se originó la causa básica de esta lesión: Se encuentra el paciente todavía bajo su cuidado por esta lesión: Si:  No: 

Cuánto tiempo estuvo o estará el paciente incapacitado por esta lesión:

desde:  hasta: 

Cuánto tiempo estuvo o estará el paciente, incapacitado para efectuar todas y cada una de sus labores:

desde:  hasta: Fecha: Día:  Mes:  Año: 

Firma y Sello de Médico y/o Clínica

Observaciones: