



**Metropolitana**  
CIA. DE SEGUROS Y REASEGUROS S.A.

## FORMULARIO DE RECLAMACIÓN DE ACCIDENTES PERSONALES

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:  Género: F  M   
Dirección:  Teléfono:   
Correo Electrónico:  Empresa donde trabaja o Institución Educativa:   
Fecha del accidente: Día:   Mes:   Año:

Describa la lesión: ¿Dónde y cómo ocurrió?

Indique el hospital y/o nombre del primer médico consultado:

Teléfono:



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

Estuvo hospitalizado por esta lesión: Si:  No:

Fecha de ingreso: Día:   Mes:   Año:

### INFORMACIÓN DEL BENEFICIARIO

#### DECLARACIÓN DE ORIGEN Y DESTINO DE FONDOS

Conocedor (a) de las penas de perjuicio, declaro bajo juramento que el origen de los valores que serán cancelados a AIG-Metropolitana Cía. de Seguros y Reaseguros S.A., Sucursal Ecuador, en caso de emitir la póliza, son y provienen de actividades lícitas.  
Conocedor (a) de las disposiciones de la Ley de Prevención, Detección y Erradicación del Delito de Lavado de Activos y Financiamiento de Delitos; autorizo expresamente a la Compañía, para que obtenga de cualquier fuente de información, incluida la Central de Riesgos, mis referencias e información personal sobre mi comportamiento de mis obligaciones, activos, pasivos y datos personales. De igual manera forma, la Compañía queda expresamente autorizada, para que pueda utilizar, transferir o entregar dicha información a autoridades competentes, organismos de control y/o a otras instituciones o personas jurídicas, legales o reglamentariamente facultadas.

**Indique las reclamaciones presentadas e indemnizaciones recibidas de cualquier aseguradora en los dos últimos años, que superen los \$10.000 dólares:**

Nombre del beneficiario:

Aseguradora:  Monto Indemnizado: \$

Tipo de Seguro:  Fecha de Indemnización:

Por este medio autorizo a médicos, hospitales, asociaciones o al empleador a dar información requerida (adjuntando copias completas de sus archivos) relacionada con cualquier lesión, enfermedad, tratamiento o prescripción, a AIG-Metropolitana Cía. de Seguros y Reaseguros S.A. o sus representantes autorizados. Por este medio certifico que toda la información y documentación aquí proporcionados son verídicos. 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 e información necesarios a su completa satisfacción. Acepto y autorizo que AIG-Metropolitana Cía. de Seguros y Reaseguros S.A. archive, procese, maneje y administre mis datos personales e información relacionada con el siniestro reportado, de acuerdo a sus mejores prácticas.

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: