

FORMULARIO DE RECLAMACION DE SEGURO

PARA FORMULAR UNA RECLAMACION DE ACCIDENTES PERSONALES, EL ASEGURADO DEBERA COMPLETAR EL FORMULARIO EN LA SECCION A, Y EL MEDICO TRATANTE LA SECCION B, IGUALMENTE, DEBERA ADJUNTAR LOS RECIBOS, FACTURAS Y COMPROBANTES DE LA CUENTA PAGADA, Y REMITIRLOS A AIG METROPOLITANA, UBICADA EN LA AV. BRASIL 293 Y ANTONIO GRANDA CENTENO, PLANTA BAJA.

Fecha de presentación del reclamo a la CIA: DIA: MES: AÑO:

Póliza #

Certificado #

SECCION A: PARA SER COMPLETADA POR EL ASEGURADO

1) Nombre Edad Sexo: M F

2) Dirección: Teléfono

3) Ocupación:

4) Empresa donde trabaja Cargo

5) Describa la lesión:

6) Fecha del accidente: DIA: MES: AÑO:

7) Dónde ocurrió:

8) Cómo ocurrió:

9) Nombre del primer médico consultado Telf.:

10) Fecha de la primera visita al médico: DIA: MES: AÑO:

11) Nombre y dirección del médico y de otros médicos que lo asisten por esta lesión

Telf.:

12) Estuvo hospitalizado por esta lesión SI NO En caso afirmativo indique

Nombre del hospital

Fecha de ingreso: DIA: MES: AÑO:

13) Totalmente Incapacitado desde hasta

Parcialmente Incapacitado desde

Por este medio certifico que las respuestas 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 COMPAÑIA 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. Cédula de Identidad

Cheque a favor de

SECCION B: PARA SER COMPLETADA POR EL MEDICO TRATANTE

1) Nombre del asegurado Edad Sexo: M F

2) Dé su diagnóstico completo

3) Si se practicó cirugía, describa la operación

Dónde se efectuó la operación Día Mes Año

4) Dé todas las fechas en que atendió al paciente en el hospital

5) Ordenó usted la hospitalización: Si NO Nombre del hospital

6) Admitido el Día Mes Año

Salida el Día Mes Año

7) Según su opinión, cuándo se originó la causa básica de esta lesión:

8) Se encuentra el paciente todavía bajo su cuidado por esta lesión: Si NO

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

Desde Hasta

10) Cuánto Tiempo estuvo o estara el paciente, incapacitado para efectuar todas y cada una de sus labores:

Desde Hasta

Fecha:

Firma y Sello de Médico y/o Clínica

OBSERVACIONES

--