



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:

SECCIÓN A: INFORMACIÓN SOBRE EL ASEGURADO

Nombre: _____ Edad: _____ Género: F M

Dirección: _____ Teléfono: _____

E-mail: _____ Empresa o Institución Educativa: _____

Fecha del accidente: Lugar de nacimiento: _____

Describe la lesión: ¿Dónde y cómo ocurrió?

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

Teléfono: _____

Fecha de la primera visita al médico: ¿Estuvo hospitalizado por esta lesión? Sí No

Fecha de ingreso:

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 Cia. 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 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 últimos años, que superen los \$10.000 dolares:

Nombre del beneficiario: _____

Aseguradora: _____ Monto Indemnizado: _____

Tipo de seguro: _____ Fecha:

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: _____ Cédula:

Cheque a favor de: _____

SECCIÓN B - PARA SER COMPLETADA POR EL MÉDICO TRATANTE

Nombre: _____ Edad: _____ Género: F M

Diagnóstico completo:

Si se practicó cirugía, describa la operación:

Donde se efectuó la operación: _____ Fecha:

dd	mm	aaaa	dd	mm	aaaa	dd	mm	aaaa	dd

Fechas en que atendió al paciente en el hospital:

1.

dd	mm	aaaa	dd	mm	aaaa	dd	mm	aaaa	dd

 2.

dd	mm	aaaa	dd	mm	aaaa	dd	mm	aaaa	dd

 3.

dd	mm	aaaa	dd	mm	aaaa	dd	mm	aaaa	dd

 4.

dd	mm	aaaa	dd	mm	aaaa	dd	mm	aaaa	dd

¿Ordenó usted la hospitalización? Sí No Nombre del hospital: _____

Admitido el:

dd	mm	aaaa	dd	mm	aaaa	dd	mm	aaaa	dd

 Salida el:

dd	mm	aaaa	dd	mm	aaaa	dd	mm	aaaa	dd

Según su opinión, cuando se originó la causa básica de esta lesión:

¿Se encuentra el paciente todavía bajo su cuidado por esta lesión? Sí 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:

dd	mm	aaaa	dd	mm	aaaa	dd	mm	aaaa	dd

Firma y sello de Médico y/o Clínica

Observaciones:

NOTA: La Superintendencia de Bancos para efectos de control asignó al presente formulario el No. 38057 del 15 de mayo de 2015.