



**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:

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: 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: