



FORMULARIO DE RECLAMACIÓN DE GASTOS MÉDICOS POR ENFERMEDAD Y/O ACCIDENTES

PARA USO DE LA COMPAÑÍA RECLAMO No.:

PARA EVITAR DEMORAS EN EL PROCESO DE SU RECLAMO CONTESTE CADA PREGUNTA DETALLADAMENTE

1. Sección A: Completada por el Asegurado/Beneficiario.

3. Sección D: Completada por el Contratante.

2. Sección B: Completada por el médico tratante.

4. Favor adjuntar facturas originales, recetas medicas, pedidos y demas documentacion que respalde la reclamación.

Sección A: Información sobre el Asegurado

Nombre completo del Asegurado		Compañía	No. de póliza y Certificado	Ciudad de atención
Dirección		Teléfono	Correo Electrónico	
Nombre del reclamante (paciente)	Fecha de nacimiento	Edad	Género	Relación con el asegurado
	Día Mes Año		F M	

El reclamo se hace a causa de	Describa la enfermedad o accidente: ¿Dónde y cómo ocurrió?
Enfermedad Accidente	

Fecha de primeros síntomas / ¿Cuándo ocurrió el accidente?

Día Mes Año

¿Estuvo hospitalizado por esta lesión? Sí No En caso afirmativo, indique:

Nombre del Hospital: _____ Fecha de ingreso: Día Mes Año

Totalmente incapacitado: Desde: _____ Hasta: _____

Parcialmente incapacitado: Desde: _____ Hasta: _____

Detalle de Cuenta	Tratamientos: _____
Consulta: _____	Rayos X: _____
Medicina: _____	Otros: _____
Laboratorios: _____	TOTAL: _____

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, trasferir 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.

Firma del Asegurado: _____ No. de cédula: _____

Fecha / Ciudad: _____

Sección B: Para ser completado por el Médico o proveedor de la red preferencial

1. Código de Diagnóstico:	Descripción de Diagnóstico:	¿Cuándo inicio la causa básica de esta condición?: Día <input type="text"/> Mes <input type="text"/> Año <input type="text"/>
---------------------------	-----------------------------	--

2. ¿Se trata de embarazo?: Sí No Fecha de inicio: Día Mes Año

3. ¿Ha recibido el paciente previamente algún tratamiento por esta condición? En caso afirmativo favor indicar detalles:

4. Favor brindar detalle del CUADRO CLÍNICO Y HALLAZGOS FÍSICOS que apoyen el diagnóstico arriba indicado:

5. Favor indique los exámenes de LABORATORIO, RAYOS X o MEDICAMENTOS que se necesitan:

6. Favor detallar tratamiento u operación:

7. ¿Se presentó alguna complicación?: Sí No En caso afirmativo, describa ésta:

EN CASO DE ACCIDENTE

8. ¿Cuánto tiempo estuvo o estará el paciente continúa y completamente incapacitado para efectuar todas y cada una de sus labores?

Desde: _____ Hasta: _____

9. ¿Cuánto tiempo estuvo o estará el paciente parcialmente incapacitado para efectuar todas y cada una de sus labores?

Desde: _____ Hasta: _____

LUGAR DE ATENCIÓN (Marque)

Consultorio Médico: Sala de Urgencias: Hogar del paciente: Paciente Hospitalizado:

Certifico que las respuestas anteriores son correctas y verdaderas a mi mejor conocimiento y que corresponden a los servicios que he prestado a este paciente.

Firma del Médico o Proveedor y Cédula:

Sello del Médico, Clínica u Hospital:

Nombre del Médico o Proveedor:

Número de Registro Médico:

Dirección:

Fecha:

Teléfono:

Sección D: Para ser completado por el solicitante y/o contratante

Fecha y Ciudad

Firma del solicitante y/o
contratante

Cargo