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

RAMO: VIDA

PARA USO DE LA COMPAÑÍA
RECLAMO No.:

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

PARA EVITAR DEMORAS EN EL PROCESO DE SU RECLAMO CONTESTE CADA PREGUNTA DETALLADAMENTE
DECLARACIÓN DEL BENEFICIARIO / RECLAMANTE

SECCIÓN **A**: A ser completada por el BENEFICIARIO. SECCIÓN **B**: A ser completada por el MÉDICO TRATANTE. SECCIÓN **C**: A ser completada por el CONTRATANTE.
Favor adjuntar facturas originales, recetas médicas, pedidos y demás documentación que respalde la reclamación.

SECCIÓN A: INFORMACIÓN SOBRE EL ASEGURADO

Nombre completo del asegurado: _____ Compañía: _____ No. de póliza y certificado: _____

Dirección: _____ Ciudad: _____ Teléfono: _____ Correo electrónico: _____

Nombre del reclamante (paciente): _____ Fecha de nacimiento: ____ ____ ____ (dd mm aaaa) Edad: ____ Género: F ○ M ○ Relación con el asegurado: _____

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?: ____ ____ ____ (dd mm aaaa)

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

Nombre del Hospital: _____ Fecha de ingreso: ____ ____ ____ (dd mm aaaa)

Cuánto tiempo estuvo o estará el paciente, incapacitado para efectuar todas y cada una de sus labores:

Totalmente incapacitado: Desde: _____ Hasta: _____

Parcialmente incapacitado: Desde: _____ Hasta: _____

Detalle de la Cuenta:

Consulta: _____ Medicina: _____ Laboratorios: _____

Rayos X: _____ Otros: _____ 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 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: ____ ____ ____ (dd mm aaaa)

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 Asegurado: _____ Cédula: _____

Fecha/ Ciudad: _____

SECCIÓN B PARA SER COMPLETADO POR EL MÉDICO O PROVEEDOR DE LA RED PREFERENCIAL

Código de Diagnóstico: _____ Descripción de Diagnóstico: _____ ¿Cuándo inicio la causa básica de esta condición?: dd mm aaaa

¿Se trata de embarazo? Sí ☐ No ☐ Fecha de inicio: dd mm aaaa

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

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

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

Favor detallar tratamiento u operación:

¿Se presentó alguna complicación? Sí ☐ No ☐ En caso afirmativo, describa ésta: _____

EN CASO DE ACCIDENTE:

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

Desde: _____ Hasta: _____

¿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 heprestado 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: dd mm aaaa Teléfono: _____

SECCIÓN C: PARA SER COMPLETADO POR EL SOLICITANTE Y/O CONTRATANTE

Ciudad y fecha	**Firma del Solicitante y/o contratante**	**Cargo**

dd mm aaaa

El Contratante podrá solicitar a la Superintendencia de Compañías, Valores y Seguros la verificación de este texto.

La Superintendencia de Compañía, Valores y Seguros para efectos de control asignó al presente formulario de Reclamación de Gastos Médicos por Enfermedad y/o Accidentes Seguro de Asistencia Médica Corporativo el registro N° 53992 con oficio N° SCVS-IRQ-DRS-2021-00053059-O de 18 de octubre 2021