

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: <input type="text"/>	MES: <input type="text"/>	AÑO: <input type="text"/>
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:

