

Póliza No. _____ Reclamo No. _____ Certificado No. _____

Seguros de Grupo: Contratante del Seguro: _____

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

SECCION A: PARA SER COMPLETADA POR EL ASEGURADO

1. Nombres y apellidos completos del Encargado: _____ Edad: _____

2. Nombres y apellidos completos del Asegurado: _____ Edad: _____

Nacionalidad: _____ Tel.: _____

Correo Electrónico: _____

3. Dirección: _____

4. Ocupación: _____

5. Obligaciones de la Ocupación: _____

6. Describa la Lesión o Dolencia: _____

¿Se debe ésta a accidente? _____

7. El accidente: _____

¿Cuándo ocurrió? _____ 20 _____ a las _____ A.M.
Día Mes Año P.M.

¿Dónde ocurrió? _____

¿Cómo ocurrió? _____

8. En caso de enfermedad, _____

¿Cuándo comenzó? _____

Indique síntomas _____

9. Nombre y dirección del PRIMER médico consultado: _____

10. Dé la fecha de la PRIMERA visita _____ 20 _____

Día Mes Año

11. Dé el nombre y dirección de su médico y de todos los otros médicos que lo asisten por esta lesión/enfermedad: _____

12. ¿Estuvo hospitalizado por esa causa? Si _____ No _____ En caso afirmativo indique:

Nombre del Hospital: _____

Fecha de ingreso: _____

Totalmente incapacitado Desde: _____ Hasta: _____

Parcialmente incapacitado Desde: _____ Hasta: _____

Incapacidad parcial, dé detalles: _____

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 otras personas que me atendieron y todas las clínicas y otras instituciones para que suministren a ASSA cualquier información incluyendo copias exactas de sus archivos, Exámenes de Laboratorio y Rayos X pertenecientes a este Reclamo.

Queda entendido y convenido que la Compañía de Seguros se reserva el derecho de aplazar la liquidación de este Reclamo hasta tener toda la información necesaria a su completa satisfacción.

Fecha _____ de _____ de 20 _____

Firma del Asegurado: _____

Firma y Sello del Contratante (en su caso) _____

Adjunte por separado las facturas detalladas de los gastos de clínica; de todos y cada uno de los profesionales que intervinieron en el caso (Cirujano, Anestesiista, Ayudantes, Radiólogo, Laboratorista, etc.

SECCION B: PARA SER COMPLETADA POR EL MEDICO ENCARGADO (Véase dorso)

SECCION B: ESTA SECCION DEBE SER COMPLETADA POR EL MEDICO ENCARGADO

1. Nombre del Paciente: _____ Edad: _____ Sexo: _____
2. Dé su diagnóstico completo: _____
3. Si se practicó cirugía, describa la operación: _____

- ¿Donde se efectuó la operación? _____ Fecha: _____
Honorarios por cirugía únicamente (excluyéndose los honorarios por vistas médicas, anestesia, etc.)Q. _____
4. En casos NO QUIRURGICOS de todas las fechas en que atendió al paciente: _____
5. ¿Ordenó usted la hospitalización? _____ Nombre del Hospital: _____
Admitido el _____ de 20 _____ a las _____ A.M./P.M
Salida el _____ de 20 _____ a las _____ A.M./P.M
6. Según su opinión: ¿Cuando se originó la causa de esta lesión? _____
7. Se encuentra el paciente todavía bajo su cuidado por esta lesión? Si _____ No _____
8. Cuánto tiempo estuvo o estará el paciente continúa o completamente incapacitado para efectuar todas y cada una de sus labores?
Desde _____ Hasta: _____
9. Cuánto tiempo estuvo o estará el paciente parcialmente incapacitado?
Desde _____ Hasta: _____
10. Según conocimiento ¿Ha estado el paciente previamente hospitalizado por esta condición o por cualquier condición debida a la misma causa o causas, o a causa o causas relacionadas? Si _____ No _____ Si afirmativo, explíquese:

11. En su opinión, ¿Se debe esta lesión/dolencia a causa accidentales? Dar detalles:

12. Detalle cualquier complicación relacionada con las causas originales/ principales de la lesión/dolencia

“ESTA SECCION DEBE COMPLETARSE EN TODOS SUS NUMERALES, DE LO CONTRARIO LA COMPAÑIA ASEGURADORA PODRA DEVOLVER LA RECLAMACIÓN”. “NO SE DEBERA OMITIR NINGUN REQUISITO SOLICITADO.

Fecha _____ de _____ de 20 _____

Firma y sello del médico: _____

Dirección: _____ Tel.: _____

“Declaro que, en cumplimiento de los artículos 13 y 14 de la Ley Para el Reconocimiento de las Comunicaciones y Firmas Electrónicas, Decreto 47-2008, autorizo a la Compañía de Seguros a consultar información referente a reclamos sobre las pólizas de seguros contratadas a mi favor, así como información sobre datos personales, bienes y relaciones con terceros, en base a los artículos 1, 2, 9 numeral 1, y 64 de la Ley del Acceso a la Información Pública. Decreto 57-2008, autorización que permanecerá mientras subsista cualquier acto pendiente relacionado en forma directa o indirecta con la relación contractual con las partes existentes.
*Al proporcionar mi información personal a AIG Seguros Guatemala, Sociedad Anónima, en relación con mi reclamo, autorizo a la recolección, proceso, almacenaje, y distribución incluyendo el uso de mi información personal, la cual puede almacenarse en la base de datos de la Compañía de Seguros en los distintos países del mundo, como está descrita en la política de privacidad, la cual está disponible en www.aig.com.gt”.

OBSERVACIONES: