



Póliza No.

Certificado No.

Este cuestionario se contesta y entrega a: **AIG México Compañía de Seguros de Vida, S.A. de C.V.**, en relación con una reclamación derivada del contrato de seguro de mi compañía:

**Nombre del Asegurado Titular**

Teléfono

( LADA )

CURP o R.F.C.

Edad

Celular

E-mail

**Nombre del Asegurado Afectado**

Apellido

Paterno

Apellido

Materno

Nombre(s)

Parentesco con el Asegurado

Edad

**Dirección del Afectado**

Domicilio

(Calle, Número)

Colonia

Código Postal

Teléfono

( LADA )

Ciudad o Población

Estado

Celular

E-mail

**Tipo de Reclamación**

Programación de Cirugía

Reembolso

Pago Directo

1) Fecha en que ocurrió el Accidente o empezó la Enfermedad  Día  Mes  Año  Ultimo día de trabajo  Día  Mes  Año

2) Antecedentes o Enfermedad:

3) Si es Accidente, ¿Cómo y dónde ocurrió?

Diagnóstico(s) Definitivo(s):

4) Si estuvo Hospitalizado, escriba el nombre del Hospital  Días que estuvo internado

5) ¿Desde que día quedó afectado completamente, incapacitado para trabajar y forzosamente internado?  
Desde el  de  de  Hasta el  de  de

6) Si después de este periodo siguió incapacitado parcialmente para desempeñar las labores propias de su ocupación, indique por cuanto tiempo.  
Desde el  de  de  Hasta el  de  de

7) ¿Tiene el afectado algún otro seguro contra accidentes o enfermedades? SI  NO  En caso afirmativo, ¿en qué compañía?

8) Nombre del médico que lo atiende  Dirección  Teléfono

9) Otros médicos que ha consultado durante el padecimiento motivo de esta reclamación  
Nombre  Dirección  Teléfono

El afectado (o su representante) autoriza a AIG México Compañía de Seguros de Vida, S.A. de C.V., para recabar de cualquier Institución o médico en relación con cualquier enfermedad o lesión que hayamos sufrido como: historia clínica, consultas, prescripciones o tratamientos incluyendo radiografías y copias de expedientes del hospital o médicos. RECUERDE QUE DEBE ANEXAR LOS ORIGINALES DE LOS COMPROBANTES DE LOS GASTOS. Este documento no será válido con tachaduras, enmendaduras y de lo declarado no se aceptan cambios posteriores.

Fecha en  el día  de  de

Firma del Asegurado Afectado

Firma del Asegurado Titular

# Informe del Médico

1) Nombre del Paciente

Apellido Paterno  Apellido Materno  Nombre(s)

2) Fecha del primer examen      Día    Mes    Año      3) Fecha en que aparecieron las primeras molestias o síntomas      Día    Mes    Año

4) Naturaleza exacta de la lesión o enfermedad, su desarrollo y diagnóstico

**Causa de la Atención**

Embarazo   
Enfermedad   
Accidente

5) Diagnóstico Definitivo

6) Describa las complicaciones si las hay

7) Se relaciona con algún otro padecimiento: SI  NO  ¿Cuál?

8) Si se trata de enfermedad:  
¿Es de origen congénita?    ¿Adquirido?    Agudo    Crónico    9) ¿Ha tenido el paciente alguna vez la misma o algunas afecciones similares?    En caso afirmativo, descríbalas

SI  NO     SI  NO                

Tratamiento propuesto o realizado:

10) Sírvase citar las fechas en que atendió al paciente	11) Si fue hospitalizado, sírvase citar fechas	12) ¿Se practicó alguna intervención quirúrgica?	13) Favor de indicar claramente la naturaleza de la intervención quirúrgica practicada u otro tratamiento
Día    Mes    Año    Domicilio    Consultorio	Día    Mes    Año	SI    NO	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	Hospital: <input type="text"/>		Hospital: <input type="text"/>

14) ¿Considera usted que el paciente ha quedado completamente curado o habrá necesidad de seguir algún tratamiento?    15) En caso afirmativo, ¿qué tipo de tratamiento? y ¿por cuánto tiempo?

  

16) ¿Fue la lesión o enfermedad de naturaleza tan grave que incapacitó o impidió completamente a la persona desempeñar todas y cada una de las obligaciones propias de su ocupación?    SI  NO

17) En caso afirmativo, ¿desde qué día estima ud. que el enfermo haya quedado incapacitado totalmente para desempeñar todas y cada una de las obligaciones propias de su ocupación?

Desde el  de  de  de 20    Hasta el  de  del  20

18) Si después del periodo de incapacidad total a que se refiere el punto 15, usted estima que el paciente estará incapacitado parcialmente para desempeñar las labores propias de su ocupación, indique fechas aproximadas

Desde el  de  de  de 20    Hasta el  de  de  20

19) Otros médicos tratantes que atendieron al paciente con respecto a este padecimiento

Nombre	Dirección y teléfono
<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>

**Observaciones**

Médico de Red: SI  NO

**Nombre del Médico**

Apellido Paterno  Apellido Materno  Nombre(s)

Dirección  Teléfonos

Cédula Profesional  C.U.R.P. o R.F.C.  **Firma del Doctor**

Fecha en  el día  de  del  20

*Bajo protesta de decir verdad manifiesto que la información proporcionada en este formato fue tomada directamente tanto del paciente asegurado o de los familiares responsables en el caso de los menores o discapacitados como el expediente clínico que obra en mi poder.*