



**SEGURO DE VIDA COLECTIVO
FORMULARIO DE RECLAMACIÓN INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE/
ENFERMEDADES GRAVES/RENDA DIARIA POR HOSPITALIZACIÓN**

Para evitar demoras en el proceso de su reclamo, conteste cada pregunta detalladamente.

Póliza N° _____ Certificado N° _____

SECCIÓN A: INFORMACIÓN DEL CONTRATANTE

Nombre del contratante: _____

Dirección: _____ Teléfono: _____

SECCIÓN B: INFORMACIÓN SOBRE EL ASEGURADO

Nombre completo del asegurado: _____ Cédula de identidad o pasaporte: _____

Dirección del domicilio: _____

Fecha de nacimiento del Asegurado: Lugar de nacimiento: _____

Causa del Reclamo: Enfermedad Accidente

Describa: _____

Fecha de ocurrencia del siniestro

INFORMACIÓN SOBRE LA ATENCIÓN RECIBIDA

Nombre del médico que lo atendió: _____ Teléfono: _____

Nombre del Hospital/Clínica: _____

SECCIÓN C. INFORMACIÓN DEL BENEFICIARIO Y/O RECLAMANTE

Nombre completo del beneficiario que llena este formulario: _____

No. Cédula o Pasaporte: _____ Correo electrónico: _____

Dirección del beneficiario: _____

Teléfono: _____ Relación con el Asegurado: _____

NOTA IMPORTANTE:

Favor adjuntar al presente formulario los siguientes documentos:

- Carta de formalización del reclamo
- Copia de cedula de identidad del asegurado
- Informe médico
- Historia clínica completa y resultados radiológicos y de laboratorio

En caso de requerir algún documento adicional la Compañía lo solicitará oportunamente.

SECCIÓN D. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

Indique las reclamaciones presentadas e Indemnizaciones recibidas de cualquier aseguradora en los últimos años, que superen los 10,000.00 dólares.

Nombre del beneficiario: _____

Aseguradora: _____ Monto indemnizado: _____

Tipo de seguro: _____ Fecha de indemnización: _____

Declaro que la información contenida en este formulario es verdadera, completa y actualizada, y ha sido completada por mi persona o por un tercero bajo mi instrucción, por lo que me hago enteramente responsable de la misma. Además, me comprometo a proveer la documentación e información que me sea solicitada a la Compañía en caso de requerirlo. Así mismo, declaro que los fondos producto de la indemnización no serán utilizados en actividades ilícitas.

Autorizo expresamente a la Compañía, a realizar el análisis y las verificaciones que considere necesarias para corroborar la veracidad de las declaraciones aquí contenidas; así mismo, autorizo a todas las personas naturales o jurídicas de derecho público o privado a facilitar toda la información que la Compañía les requiera.

Autorizo a la Compañía, a sus filiales, pares, subsidiarias, relacionadas y proveedores a que puedan: recolectar, digitalizar, archivar, procesar y mantener mi información conforme su Política de Privacidad disponible en su sitio web: www.aig.com.ec, la que declaro conocer.

Autorizo a médicos, hospitales, asociaciones o al empleador a dar información (adjuntando copias completas de sus archivos) relacionada con cualquier lesión, enfermedad, tratamiento o prescripción, a AIG-Metropolitana o a sus representantes autorizados. Certifico que toda la información y documentación aquí proporcionados son verídicos. Queda entendido que la Compañía 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.

dd mm aaaa
Ciudad y fecha

Firma del Reclamante

Beneficiario del pago: _____

Nombre de la entidad financiera: _____

Nro. Cuenta: _____ Ahorros Corriente