



**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

Describe: \_\_\_\_\_

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](http://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