



**SEGURO COLECTIVO DE VIDA DESGRAVAMEN POR SALDOS
AVISO DE SINIESTRO**

Razón social: _____ Contratante: _____

Nombre del asegurado: _____

Número de cédula de identidad o pasaporte: _____

Número de teléfonos de contacto: _____

Causa del siniestro:

Código asignado (suscrito por la aseguradora) _____

En virtud de la Ley Orgánica de Protección de Datos Personales vigente desde 26 de mayo de 2021, autorizo a AIG Metropolitana CIA. de Seguros y Reaseguros S.A. a utilizar, tratar, transferir y almacenar mi información personal proporcionada o cualquier información que sea de conocimiento público conforme a la ley, con el objetivo de contactarme, por medio de llamada telefónica, mensaje de texto vía telefónica, correo electrónico, correo directo u otro medio a fin de: formalizar e instrumentar los avisos de siniestro recibidos durante la relación comercial; así como, con fines estadísticos y para efectuar estudios de perfil del cliente. Esta autorización de tratamiento y conservación de datos personales se mantendrá vigente hasta el fin de la relacional contractual entre las partes y, posterior a ello por cinco (5) años más.

Consentimiento explícito: Doy mi consentimiento explícito a AIG Metropolitana Cía. de Seguros y Reaseguros S.A. a transferir los datos a terceros, dentro y fuera del país, incluyendo proveedores con la finalidad antes indicada.

[] ACEPTO

Lugar : _____ Fecha de accidente:

| | | |
|----|----|------|
| | | |
| dd | mm | aaaa |

EL CONTRATANTE - BENEFICIARIO

El Contratante y/o Asegurado podrá solicitar a La Superintendencia de Compañías, Valores y Seguros la verificación de este texto.