



**SEGURO COLECTIVO DE VIDA DE DESGRAVAMEN POR SALDOS
FORMULARIO DE RECLAMACIÓN POR DESEMPLEO E INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE**

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

PÓLIZA No:

SECCIÓN A. INFORMACIÓN DEL CONTRATANTE/BENEFICIARIO

Nombres Completos: _____

Dirección: _____ Teléfonos: _____

Correo electrónico: _____

SECCIÓN B. INFORMACIÓN DEL DEUDOR ASEGURADO

Nombre completo del Deudor Asegurado: _____

Número de Cédula / RUC / Pasaporte: _____ Fecha de nacimiento: [] [] []

Dirección Domicilio: _____ Lugar de Nacimiento: _____

Causa del Reclamo de Incapacidad: Enfermedad Accidente

Describa:

Fecha de ocurrencia del siniestro: [] [] []

INFORMACIÓN SOBRE LA ATENCIÓN RECIBIDA:

Nombre del médico que lo atendió: _____ Teléfono: _____

Nombre del Hospital/Clinica: _____

Nota importante:

Favor adjuntar al presente formulario los siguientes documentos:

- Liquidación del saldo insoluto del crédito del Deudor Asegurado para con el Contratante
- Partida de nacimiento del Deudor Asegurado (original o copia certificada) o copia de la cédula de identidad
- Informe médico
- Historia clínica completa y resultados radiológicos y de laboratorio

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: [] [] []

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 lo datos a terceros, dentro y fuera del país, incluyendo proveedores con la finalidad antes indicada.

[] ACEPTO



Metropolitana
CIA. DE SEGUROS Y REASEGUROS S.A.

Para uso exclusivo de la
Compañía No. de reclamo:

PÓLIZA No:

Ciudad

____|____|_____
Día Mes Año

Firma del Contratante/Beneficiario

Beneficiario del pago: _____ Nombre de la entidad financiera: _____

Nro. Cuenta: _____ Ahorros Corriente