



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

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 Asegurado: _____

Número de Cédula / RUC / Pasaporte: _____ Fecha de nacimiento: ____|____|____|

Dirección Domicilio: _____ Lugar de Nacimiento: _____

Causa del Reclamo: Desempleo Incapacidad total temporal

Fecha de ocurrencia del siniestro: _____

Nombre de empresa donde trabaja: _____

Cargo o Puesto Desempeñado: _____

Fecha de ingreso trabajo: ____|____|____| Fecha de Despido/Incapacidad: ____|____|____|

Describe las actividades propias de su puesto y motivos de despido o incapacidad:

En caso de incapacidad Total Temporal: Accidente Enfermedad

Donde ocurrió Accidente/Enfermedad:

Detalle el lugar, enfermedad o lesiones sufridas:

INFORMACIÓN SOBRE LA ATENCIÓN RECIBIDA:

Nombre del médico que lo atendió: _____ Teléfono: _____

Nombre del Hospital/Clinica: _____

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: ____|____|____|



Metropolitana
CIA. DE SEGUROS Y REASEGUROS S.A.

Para uso exclusivo de la
Compañía No. de reclamo:

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

Ciudad

____|____|_____
Día Mes Año

Firma del Contratante/Beneficiario

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

Nro. Cuenta: _____ Ahorros Corriente