



FORMULARIO DE RECLAMACIÓN DEL SEGURO COLECTIVO DE ASISTENCIA MÉDICA

**PARA EVITAR DEMORAS EN EL PROCESO DE SU RECLAMO CONTESTE CADA PREGUNTA DETALLADAMENTE
DECLARACIÓN DEL BENEFICIARIO / RECLAMANTE**

SECCIÓN A: A ser completada por el BENEFICIARIO. SECCIÓN B: A ser completada por el MÉDICO TRATANTE. SECCIÓN C: A ser completada por el CONTRATANTE.
Favor adjuntar facturas originales, recetas médicas, pedidos y demás documentación que respalde la reclamación.

SECCIÓN A: INFORMACIÓN SOBRE EL ASEGUrado

Nombre completo del asegurado: _____ Compañía: _____ No. de póliza y certificado: _____

Dirección: _____ Ciudad: _____ Teléfono: _____ Correo electrónico: _____

Nombre del reclamante (paciente): _____ Fecha de nacimiento: _____ Edad: _____ Género: _____ Relación con el asegurado: _____
dd mm aaaa F M _____

El reclamo se hace a causa de : Describa la enfermedad o accidente: ¿Dónde y cómo ocurrió?

ENFERMEDAD _____

ACCIDENTE _____

Fecha de primeros síntomas/ ¿Cuándo ocurrió el accidente?: _____ dd mm aaaa

¿Estuvo hospitalizado por esta lesión? No Sí En caso afirmativo, indique:

Nombre del Hospital: _____ Fecha de ingreso: _____ dd mm aaaa

Cuánto tiempo estuvo o estará el paciente, incapacitado para efectuar todas y cada una de sus labores:

Totalmente incapacitado: Desde: _____ Hasta: _____

Parcialmente incapacitado: Desde: _____ Hasta: _____

Detalle de la Cuenta:

Consulta: _____ Medicina: _____ Laboratorios: _____

Rayos X: _____ Otros: _____ TOTAL: _____

INFORMACIÓN DEL BENEFICIARIO

DECLARACIÓN DE ORIGEN Y DESTINO DE FONDOS

Concedor (a) de las penas de perjuicio, declaro bajo juramento que el origen de los valores que serán cancelados a AIG-Metropolitana Cía. de Seguros y Reaseguros S.A., Sucursal Ecuador, en caso de emitir la póliza, son y provienen de actividades lícitas. Concedor (a) de las disposiciones de la Ley de Prevención, Detección y Erradicación del Delito de Lavado de Activos y Financiamiento de Delitos; autorizo expresamente a la Compañía, para que obtenga de cualquier fuente de información, incluida la Central de Riesgos, mis referencias e información personal sobre mi comportamiento de mis obligaciones, activos, pasivos y datos personales. De igual forma, la Compañía queda expresamente autorizada, para que pueda utilizar, transferir o entregar dicha información a autoridades competentes, organismos de control y/o otras instituciones o personas jurídicas, legales o reglamentariamente facultadas.

Indique las reclamaciones presentadas e Indemnizaciones recibidas de cualquier aseguradora en los últimos años, que superen los \$10.000 dólares:

Nombre del beneficiario: _____

Aseguradora: _____ Monto Indemnizado: _____

Tipo de seguro: _____ Fecha: _____ dd mm aaaa

En virtud de la Ley Orgánica de Protección de Datos Personales vigente desde 26 de mayo de 2021, autorizo a AIG Metropolitana Cía. 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

Firma Asegurado: _____ Cédula: _____

Fecha/ Ciudad: _____

SECCIÓN B PARA SER COMPLETADO POR EL MÉDICO O PROVEEDOR DE LA RED PREFERENCIAL

Código de Diagnóstico:

Descripción de Diagnóstico:

¿Cuándo inicio la causa básica de esta condición?:

 dd mm aaaa

¿Se trata de embarazo? Sí No

Fecha de inicio:

 dd mm aaaa

¿Ha recibido el paciente previamente algún tratamiento por esta condición? En caso afirmativo favor indicar detalles:

Favor brindar detalle del CUADRO CLÍNICO Y HALLAZGOS FÍSICOS que apoyen el diagnóstico arriba indicado:

Favor indique los exámenes de LABORATORIO, RAYOS X o MEDICAMENTOS que se necesitan:

Favor detallar tratamiento u operación:

¿Se presentó alguna complicación? Sí No En caso afirmativo, describa ésta: _____

EN CASO DE ACCIDENTE:

¿Cuánto tiempo estuvo o estará el paciente continua y completamente incapacitado para efectuar todas y cada una de sus labores?:

Desde: _____

Hasta: _____

¿Cuánto tiempo estuvo o estará el paciente parcialmente incapacitado para efectuar todas y cada una de sus labores?:

Desde: _____

Hasta: _____

LUGAR DE ATENCIÓN (Marque)

Consultorio Médico:

Sala de Urgencias:

Hogar del paciente:

Paciente Hospitalizado:

Certifico que las respuestas anteriores son correctas y verdaderas y que corresponden a los servicios que he prestado a este paciente.

Firma del Médico o Proveedor y Cédula:

Sello del Médico, Clínica u Hospital:

Nombre del Médico o Proveedor:

Número de Registro Médico:

Dirección:

Fecha

 dd mm aaaa

Teléfono:

SECCIÓN C: PARA SER COMPLETADO POR EL SOLICITANTE Y/O CONTRATANTE

Ciudad y fecha

 dd mm aaaa

Firma del Solicitante y/o contratante

Cargo

AUTORIZACIÓN PARA PAGO DE REEMBOLSO POR TRANSFERENCIA BANCARIA

Yo, _____ con C.I.: _____ autorizo a AIG Metropolitana Cia de Seguros y Reaseguros S.A. realizar la transferencia a la Cuenta Corriente# _____ Cuenta Ahorros # _____ Banco _____ correo electrónico _____ No. Celular: _____

Firma del Titular

El Contratante podrá solicitar a la Superintendencia de Compañías, Valores y Seguros la verificación de este texto. La Superintendencia de Compañías, Valores y Seguros para efectos de control asignó al presente formulario el número de registro 58003; con oficio No SCVS-IRCVSQ-DRS-2024-00062118-O de 05 de julio 2024