



**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: ____|____|____|



Declaro que la información contenida en este formulario es verdadera, completa y actualizada, y ha sido completada por mí persona en calidad de Contratante/Beneficiario 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 y documentos previstos en Póliza que me sean solicitados, 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.

Así mismo, acepto y autorizo a AIG Metropolitana Cía. de Seguros y Reaseguros S.A, sus filiales, pares, subsidiarias, relacionadas para que puedan: archivar, procesar, compartir con sus proveedores, manejar, administrar y mantener mis datos personales e información relacionada con el siniestro reportado conforme su Política de Privacidad disponible en su sitio web: www.aig.com.ec, la que declaro conocer.

Certifico que toda la información y documentación aquí proporcionados son verídicos.

Ciudad

____|____|_____
Día Mes Año

Firma del Contratante/Beneficiario

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

Nro. Cuenta: _____ Ahorros Corriente