



FORMULARIO DE RECLAMACION POR INCAPACIDAD

SOLO SE ACEPTAN ORIGINALES DE ESTE DOCUMENTO

PARA EVITAR DEMORAS EN EL PROCESO DE SU RECLAMO CONTESTE CADA PREGUNTA DETALLADAMENTE

Nombre de la Empresa:

Póliza No.:

Certificado No.:

INSTRUCCIONES

Con el objetivo de asegurarle un pronto proceso de este reclamo, favor llenar este formulario completamente. El empleador o administrador deberá completar la PARTE A en su totalidad. Aseguresé que la PARTE B este completa y firmada por el reclamante y la PARTE C esté completada por el médico del reclamante. Regrese este formulario a la dirección de arriba (Según Corresponda) junto con toda la documentación que soporte este reclamo. Ejemplo (Facturas, Recetas méditas, Resultados de exámenes, Desgloce de Facturas, Historia Clínica.

PARTE A - INFORMACION A SER COMPLETADA POR EL EMPLEADOR/TENEDOR DE POLIZA

Dirección de la Oficina Matriz:

Dirección de la Sucursal en la cual trabaja el Asegurado:

Nombre del Empleado:

Fecha del Empleo:

Fecha de Nacimiento:

Cédula de Identidad:

Fecha de ingreso a la Póliza:

Ocupación (Descripción del trabajo)

FIRMA DEL EMPLEADOR/TENEDOR DE LA POLIZA

ESTAS DECLARACIONES SON VERIDICAS Y COMPLETAS A MI LEAL SABER Y ENTENDER Y DE BUENA FE.

Fecha:

Lugar:

Teléfonos:

Acepto y autorizo que AIG-Metropolitana Cía. de Seguros y Reaseguros S.A. archive, procese, maneje y administre mis datos personales e información relacionada con el siniestro reportado, de o a sus mejores prácticas.

Nombre del representante autorizado de la Compañía

Firma y sello del representante autorizado de la Compañía

INSTRUCCIONES DEL BENEFICIARIO/RECLAMANTE

- Cada pregunta de ser completamente contestada. Si requiere espacio adicional, use una hoja de papel y adjunte a este formulario. AIG- Metropolitana Cía. de Seguros y Reaseguros se reserva el derecho de requerir u obtener mayor información de ser necesario.
- La declaración juramentada del Reclamante deberá ser realizada por los beneficiarios a las cuales se pagará este seguro.
- Cuando los beneficios son pagables a los bienes del Asegurado o a los bienes de algun otro individuo, la declaración juramentada deberá ser realizada por el tutor o administrador y un certificado del tribunal correspondiente donde indique la cita realizada.
- Cuando la Póliza es pagable a un menor de edad o a una persona mentalmente incapacitada, la declaración juramentada del reclamante deberá ser realizada por el tutor o administrador y un certificado del tribunal correspondiente donde indique la cita realizada.
- Cuando la Póliza es pagable a una Corporación, la declaración juramentada del reclamante deberá ser firmada en el nombre de la Corporación por algún oficial ejecutivo debidamente autorizado y el sello correspondiente de la Corporación.
- El formulario debidamente firmado y completado junto con documentos de soporte (Ej. Reportes médicos, reporte policial, Ect.) Deberá ser regresado al Empleador/Administrador.

Nota: El presente formulario ha sido aprobado por la Superintendencia de Bancos y Seguros mediante Resolución No. SBS-INSP-2013-238 de 27 de Noviembre de 2013.

AIG-Metropolitana Cía. Seguros y Reaseguros S.A.

Quito: Av. Brasil 293 y Antonio Granda Centeno, 5to piso. Teléfono: (593 2) 395 5000 Fax: (02) 292 4424 Guayaquil: Av. Rodrigo Chávez González Parque Empresarial Colón, Edificio Corporativo II, 2do piso, Of. 203 Teléfono: (593 4) 371 9000 Cuenca: Av. Ordoñez Lazo 5-42 y Laureles Teléfono:(593 7) 410 2813