



**SEGURO DE VIDA COLECTIVO
FORMULARIO DE RECLAMACIÓN POR MUERTE POR CUALQUIER CAUSA / MUERTE
Y DESMEMBRACIÓN ACCIDENTAL**

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

Póliza N° _____ Certificado N° _____

SECCIÓN A: INFORMACIÓN DEL CONTRATANTE

Nombre del contratante: _____

Dirección: _____ Teléfono: _____

SECCIÓN B: INFORMACIÓN SOBRE EL ASEGURADO

Nombre completo del fallecido: _____ Cédula de identidad o pasaporte: _____

Dirección del domicilio: _____

Fecha de nacimiento del Asegurado: Lugar de nacimiento: _____
dd mm aaaa

Causa del Reclamo: Muerte natural Muerte accidental Desmembración

Describe: _____

Fecha de ocurrencia del siniestro
dd mm aaaa

INFORMACIÓN SOBRE LA ATENCIÓN RECIBIDA

Nombre del médico que lo atendió: _____ Teléfono: _____

Nombre del Hospital/Clinica: _____

SECCIÓN C. INFORMACIÓN DEL BENEFICIARIO Y/O RECLAMANTE

Nombre completo del beneficiario que llena este formulario: _____

No. Cédula o Pasaporte: _____ Correo electrónico: _____

Dirección del beneficiario: _____

Teléfono: _____ Relación con el Asegurado: _____

NOTA IMPORTANTE:

Favor adjuntar al presente formulario los siguientes documentos:

- Carta de formalización del reclamo.
- Copia de cedula de identidad del asegurado
- Cédula de identidad de los beneficiarios/Posesión efectiva de bienes
- Partida de defunción(original o copia certificada)
- Historia clínica (en caso de muerte natural)
- Parte policia (en caso de muerte accidental)
- Certificado de autopsia (en caso de muerte accidental)
- Informe médico con historia clínica completa y resultados radiológicos y laboratorio (en caso de desmembración)

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 mi persona 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 que me sea solicitada 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.

Autorizo a médicos, hospitales, asociaciones o al empleador a dar información (adjuntando copias completas de sus archivos) relacionada con cualquier lesión, enfermedad, tratamiento o prescripción, a AIG-Metropolitana o a sus representantes autorizados. Certifico que toda la información y documentación aquí proporcionados son verídicos. Queda entendido que la Compañía se reserva el derecho de aplazar la liquidación de este reclamo hasta la obtención de todos los documentos e información necesarios a su completa satisfacción.

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

dd mm aaaa

Ciudad y fecha

Firma del Reclamante

Beneficiario del pago: _____

Nombre de la entidad financiera: _____

Nro. Cuenta: _____ Ahorros Corriente