



**SEGURO COLECTIVO DE VIDA DE DESGRAVAMEN POR SALDOS
FORMULARIO DE RECLAMACIÓN POR MUERTE POR CUALQUIER CAUSA**

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

PÓLIZA No:

CERTIFICADO No:

SECCIÓN A. INFORMACIÓN DEL CONTRATANTE/BENEFICIARIO

Nombres Completos: _____
Dirección: _____ Teléfonos: _____
Correo electrónico: _____

SECCIÓN B. INFORMACIÓN DEL DEUDOR ASEGURADO

Nombre completo del fallecido: _____
Número de Cédula / RUC / Pasaporte: [_____] Fecha de nacimiento: [__][__][____]
Dirección Domicilio: _____ Lugar de Nacimiento: _____
Fecha de ocurrencia del siniestro: _____

INFORMACIÓN SOBRE LA ATENCIÓN RECIBIDA:

Nombre del médico que lo atendió: _____ Teléfono: _____
Nombre del Hospital/Clínica: _____

Nota importante:

Favor adjuntar al presente formulario los siguientes documentos:

- Liquidación del saldo insoluto del crédito del Deudor Asegurado para con el Contratante
- Partida de nacimiento del Deudor Asegurado (original o copia certificada) o copia de la cédula de identidad.
- Partida de defunción(original o copia certificada)
- Historia clínica (de existir)

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: [__][__][____]

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