



FORMULARIO DE RECLAMACIÓN POR MUERTE POR CUALQUIER CAUSA

PARA USO DE LA COMPAÑÍA
RECLAMO No.:

INDIVIDUAL

COLECTIVO

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

DECLARACIÓN DEL BENEFICIARIO / RECLAMANTE

SECCIÓN A y C: A SER COMPLETADA POR EL BENEFICIARIO/RECLAMANTE (CASO INDIVIDUAL Y COLECTIVO)

SECCIÓN B: A SER COMPLETADO POR EL PATRONO (SOLO EN CASO COLECTIVO)

Sección A / Información sobre el Asegurado

Nombre completo del fallecido:

Cédula de identidad :

No. de póliza:

1.- Fecha de nacimiento del Asegurado: Día Mes Año Lugar de nacimiento: _____

2.- ¿El fallecimiento fue a causa de un accidente? Sí No

Si su respuesta es positiva describa detalladamente el accidente: _____

¿El accidente ocurrió en el transcurso del trabajo? Sí No Lugar del accidente: _____

Fecha del accidente: Día Mes Año

3.- ¿El fallecimiento fue causa de una enfermedad? Sí No Inicio de la enfermedad: _____ Duración: _____

Nombre del médico de cabecera: _____ Dirección: _____ Teléfono: _____

Nombre del médico que lo atendió: _____ Teléfonos: _____ Dirección: _____

Fecha de fallecimiento: Día Mes Años

Lugar del fallecimiento: _____

4.- Nombre del beneficiario que llena este: _____

Cédula de identidad: _____ Teléfono: _____ Dirección: _____

Email: _____ Relación con el Asegurado: _____

Fecha de fallecimiento: Día Mes Años

Nombre del beneficiario/ reclamante: _____

Sección B: Información del Beneficiario

DECLARACIÓN DE ORIGEN Y DESTINO DE FONDOS

Conocedor (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.

Conocedor (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 manera forma, la Compañía queda expresamente autorizada, para que pueda utilizar, transferir o entregar dicha información a autoridades competentes, organismos de control y/o a otras instituciones o personas jurídicas, legales o reglamentariamente facultadas.

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

1. Aseguradora:

2. Monto Indemnizado:

3. Tipo de Seguro:

4. Fecha:

Firma del beneficiario

Día Mes Año

Sección C / Declaración del Contratante o Tenedor de la Póliza

Por este medio se da aviso de la muerte de:

en Calle Ciudad
empleado de esta Compañía, el cual se encontraba asegurado bajo el certificado No. Póliza No. : Por la cantidad de \$
y quien entro como empleado el:

Por este medio garantizamos que dicho seguro estaba en vigencia a la fecha de la muerte del Asegurado, y que dicho empleado estuvo en el empleo y en nuestra nómina ininterrumpida desde la fecha que el seguro de vida estuvo en vigor hasta la fecha de la muerte, y a nuestro entender y creer, el reclamante ha firmado personalmente esta hoja y es el beneficiario nombrado de dicho certificado y con derechos de los beneficios del seguro.

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

Contratante o Tenedor de la Póliza
(nombre de la Compañía empleadora)

Firma y cargo oficial:

Día Mes Año

Autorización para entrega de información

Por este medio autorizo a toda las personas y organizaciones indicadas abajo a entregar a AIG-Metropolitana Cía. de Seguros y Reaseguros S.A. y sus representantes autorizados, incluyendo agentes, organizaciones de apoyo de Seguro, la siguiente información:

- Alguna o toda la información relacionada con la salud del fallecido, póliza de seguros y reclamos del fallecido, incluyendo, pero no limitado a información relacionada de algún consultorio médico, tratamientos o cirugías, hospitalización por condiciones físicas y mentales, uso de alcohol o drogas, y enfermedades contagiosas incluyendo VIH o SIDA.

Por ese medio autorizo a cada una de las siguientes entidades a proveer la información indicada arriba:

- Médicos o médico practicante
- Hospital, clínica o centro de salud
- Compañía de Seguros o Reaseguros
- Agencia de reportes al consumidor u organizaciones de apoyo de seguros.
- El empleador del fallecido, tenedor de la póliza de Grupo, o administrador del plan de beneficios.

Yo entiendo que la información obtenida será usada por AIG-Metropolitana Cía. de Seguros y Reaseguros S.A. para:

- Determinar la elegibilidad de los beneficios bajo la contestabilidad de la Póliza de seguros, y
- Detectar fraudes de salud o abuso o por actividades de cumplimiento, que incluya programas de detección de fraudes.

Yo entiendo que tengo derecho a recibir una copia de autorización. Yo entiendo que esta autorización es voluntaria, sin embargo, si no firmo esta autorización AIG-Metropolitana Cía. de Seguros y Reaseguros S.A. no podrá obtener información médica necesaria para considerar mi reclamo.

Esta autorización será valida por veinticuatro meses o la duración de algún reclamo por beneficios, bajo la cobertura del seguro, el que ocurra después.

Una copia de esta autorización será validada como la original.

Fecha y Ciudad

Firma del Reclamante

NOTA: La Superintendencia de Bancos para efectos de control asignó al presente formulario el No. 38057 de 15 de mayo de 2015

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