



METROSEGUROS
ASESOR PRODUCTOR DE SEGUROS



*Seguros a la medida diseñados para sus
necesidades y las de sus seres queridos...*

Con el respaldo de



Metropolitana
CIA. DE SEGUROS Y REASEGUROS S.A.



Presenta el seguro de accidentes
personales para



Coberturas



COBERTURA

- Contra todo tipo de accidente, las 24 horas del día, en cualquier parte del mundo, inclusive cuando viaje como pasajero en una aerolínea comercial.
- Heridas con arma corto punzante
- Secuestro Express.
- Picaduras de insectos: (abejas, mosquitos, arañas, etc.) cubre las picaduras de insectos venenosos
- Mordeduras de animales (serpientes, roedores, animales domésticos, etc.)
- Mordeduras de perros, víboras y otros animales
- Intoxicación por ingerir alimentos en mal estado
- Introducción de cuerpos y líquidos extraños en oídos, nariz y ojos
- Inhalación de gases tóxicos
- Fenómenos de la naturaleza como Terremoto, maremoto, temblor, erupción volcánica, inundación, colapso, hundimientos desplazamientos así como eventos catastróficos, tales como incendio, explosión, etc.



DETALLE DE BENEFICIOS Y COBERTURAS

BENEFICIOS Y COBERTURAS	AIG METROPOLITANA
Muerte Accidental	\$ 3,000.00
Incapacidad Total y Permanente por Accidente hasta	\$ 3,000.00
Desmembración Accidental hasta	\$ 3,000.00
Gastos de Sepelio por Accidente hasta	\$ 2,500.00
Gastos Médicos por Accidente hasta	\$ 800.00
Deducible para Gastos Médicos por Accidente	\$ 15.00
Beca Estudiantil por Muerte Accidental	\$ 3,500.00



CONDICIONES Y BENEFICIOS ADICIONALES	
Límite de edad	Desde los 7 años hasta 65, permanencia hasta los 73
Gastos médicos ambulatorios y hospitalarios	Crédito Hospitalario o Vía reembolso
Cobertura	365 días al año, 24 horas del día
Aviso de siniestro	30 días calendario

Con la finalidad de optimizar tiempo y recursos, a partir de esta vigencia, se incluirán los beneficios de la tarjeta de AIG-Metropolitana a la tarjeta de identificación de los Scouts.



EXCLUSIONES ACCIDENTES PERSONALES.

- ✓ Pérdida causada directa o indirectamente, total o parcialmente por:
 - ✓ Infecciones bacterianas (excepto infecciones piogénicas que se deriven de cortadura o herida accidental);
 - ✓ Cualquier otra clase de enfermedad;
 - ✓ Tratamiento médico o quirúrgico (excepto el que necesitare como consecuencia de un accidente)
- ✓ Suicidio o tentativa de suicidio; (esté o no el Asegurado en su sano juicio); ni
- ✓ Ninguna lesión corporal que de lugar a la formación de una hernia; ni
- ✓ Guerra, motín, conmoción civil o actos afines, ni;
- ✓ Mientras el Asegurado esté sirviendo en las Fuerzas Armadas y/o Policiales de cualquier país o autoridad internacional, ya sea en tiempo de paz o de guerra y en el caso de que el Asegurado entrare en tal servicio la Compañía, a solicitud del Asegurado devolverá la prima a prorrata por cualquier período de prestación de dicho servicio.
- ✓ Empleo de fisión atómica o fuerza radioactiva.
- ✓ Procesos médicos relacionados con el virus HIV o SIDA.
- ✓ Actos terroristas.
- ✓ Alcohol y Drogas



Opciones para atención de accidentes

Uso de Crédito Pre hospitalarios:

Presentado la credencial y cedula del asegurado anual en las clínicas que estén en la red de convenio (el asegurado solo debe pagar el deducible USD 15)

Reembolso de Gastos:

Se incluye el procedimiento, el asegurado debe pagar las facturas y se realiza el reembolso restando el deducible (USD 15)

A continuación detallamos
ambos procesos



RED DE CLÍNICAS EN CONVENIO



RED HOSPITALARIA

Proveedores con crédito hospitalario al 100% en todos los servicios*

Nombre del Proveedor	Ciudad	Dirección	Teléfono	
Clínica Cotacollao	Quito	25 de Mayo y Lizardo Ruiz	(02) 259 6880	
Clínica de la Mujer	Quito	Avs. Amazonas N39-216 y Gaspar de Villarroel	(02) 245-8000	
Clínica Hospital San Rafael	Quito	Av. General Enríquez e Isla Santiago Esq.	(02) 2864906	
Clínica INFES	Quito	Isla San Cristóbal 1531/ N44- 511	(02) 292 1477 / (02) 292 1357 - 59	
Clínica Internacional	Quito	Av. América 3282 y Atahualpa	2569432	
Clínica Pasteur	Quito	Av. Eloy Alfaro N29-248 e Italia	(02) 299 2400	
Fundación Tierra Nueva	Quito	Av. Rumichaca s33-10 y Matilde Alvarez	(02) 263 6065	
Clínica de Emergencias San Francisco	Sangolquí	San Sebastián – Calle Guayaquil Nº 359 y Atahualpa	02 2330645	
Clínica de Especialidades del Sur	Quito	Av. Rodrigo de Chávez Oe 2- 115 y Pedro de Alfaro	02 2653688	
Clínica Arthros	Quito	Pasaje Los ángeles 64- 257 y Alemania. Edificio Da Vinci. 6to Piso	(02) 290 6411	
Hospital de Especialidades San Bartolo	Quito	General Urdaneta 515-332 y Mira	308-0659 / 3080138	
Hospital de los Valles	Quito	Km 12 1/2 Av. Interoceánica S/N y Av. Florencia	6000-900	
Hospital Metropolitano	Quito	Av. Mariana de Jesús y Occidental	399 8000	
Hospital Vozandes Quito	Quito	Calle Villalengua oe2-37 y 10 de agosto	397100	
Medicvalle	Quito	Calle. 6ª Transversal Y Av. General Rumiñahui	(02) 286 1849	
Nova clínica Santa Cecilia	Quito	Veintimilla 1394 Y 10 De Agosto	254-5505/ 2904502	
Novaclínica del Valle	Quito	Riofrio S/N y Cotacachi Sector Sangolquí	(02) 208 2025	
Clínica Santa Lucía	Quito	Suliza 209 y Av. Eloy Alfaro	(02) 227 - 4900	
AXXIS Hospital	Quito	Av. 10 de Agosto N39-155	398 0100	
Clínica La Alborada	Guayaquil	Cdla. Alborada Séptima e tapa atrás de la Iglesia	04-227-3579	
Clínica Panamericana	Guayaquil	Panamá No. 616 y Roca	04-256-5111	
Clínica Santa María	Guayaquil	Lorenzo de Garalco 32-09 y Argentina	042404650/042400677/042401767/04241782 4 ext.47. cel: 096057987	
Hospital Alcívar	Guayaquil	Coronel 2301 y Azuay	04 3720 100	
Hospital de la Mujer Alfredo Paulson	Guayaquil	Pedro Pablo Gómez #202 - 6 de marzo y Pío Montufar	(04) 3727 140	
Hospital Luis Vemaza	Guayaquil	Velez 109 y P. Carbo	48560800	
Hospital Roberto Elizalde Gilbert	Guayaquil	Cdla. Atarazana, Av. Roberto Gilbert y Nicasio Safadi	042-287310	
Omni Hospital	Guayaquil	Ciudad del Sol: Av. Abel R. Castillo s/n y Av. Juan Tanca Marengo	042 109000	
CENTRO DE SERVICIOS MEDICOS SAN FRANCISCO CEMEFRA C.A.	Guayaquil	CDLA. KENNEDY NORTE CALLE ALEJANDRO ANDRADE COELLO Y JUAN ROLANDO	42595400	
Grupo Hospitalario Kennedy	Pollicentro	Guayaquil	Av. Del Periodista y Callejón 11 - A	(04) 2289 666
	Alborada	Guayaquil	Calle Crotos y Av. Rodolfo Baquerizo Nazur	(04) 2231 900
	Samborondón	Guayaquil	Km 2 1/2 vía La Puntilla	(04) 2090 039

* Aplica crédito únicamente a las cuentas sin garantía

* Aplica crédito únicamente a las cuentas sin garantía

* Aplica crédito únicamente a las cuentas sin garantía

* Aplica crédito únicamente a las cuentas sin garantía

* Aplica crédito únicamente a las cuentas sin garantía



Clínica Santa Inés	Cuenca	Agustín Cueva y Daniel Córdova	72827888
Hospital Latinoamericano	Cuenca	Av. 3 de Noviembre 3-50 y Unidad Nacional	07-284-6666
Monte Sinaí	Cuenca	Miguel Cordero 6-111 y Av. Solano	07 2885595 / 07 2814813
Clínica Santa Ana	Cuenca	Av. Manuel J. Calle 1-104 y Av. Paucarbamba	2817 564/ 2814 068
Clínica Central	Ambato	Montalvo y Rocafuerte (Esq.)	032-826427
Clínica Durán	Ambato	Av. Pasteur y Cesar Borja	032 – 426102
Clínica Veloz	Coca	Eloy Alfaro y Loja esquina	06-2881577 / 091698533
Instituto Médico de Especialidades	Ibarra	Padre Jacinto Egas 1-8, y Av. Teodoro Gómez de la Torre	06-295-5612
Nova clínica Moderna	Ibarra	Víctor Gómez y Av. Mariano Acosta, junto al Supermaxi	062-610-835
Clínica González	Lago Agrio	Av. Quito y 12 de febrero	062-630902 / 062-631130
Clínica Nuestra Señora del Cisne	Lago Agrio	Av. del Chofer y 18 de Noviembre (Sucumbios)	062835330 / 062835257
Clínica Continental	Latacunga	Av. Remigio Romero y Cordero y Angel Medardo Silva, Barrio Rumipamba	32804805
Clínica San Agustín	Loja	Azuay 15-51 y 18 de Noviembre	07 257-3002 / 257 -0314
Clínica de Traumatología	Machala	Av. Circunvalación Norte (Frente al C.C. Unioro)	072 981-060
Clínica del Sol	Manta	Calle 18 E y Av. 38 y 39	052625136/052612203
Clínica Revelo Gray	Quevedo	CL. Décimo cuarta 438	05 2753911
Clínica Metropolitana	Riobamba	Junín 25-28 entre España y García Moreno	03-294-1930
Clínica Granados	Salinas - La Libertad	Cdla. Santa Paula, Calle 5ta entre Av. 14 y 18, atrás de Créditos Económicos	42775576
Clínica Hospital Santiago	Santo Domingo	Vía los Colorados del Bua N19 y H	3760-079 / 3760022

* El crédito hospitalario es independiente de la cobertura, la cual se indemnizará de acuerdo al copago negociado en cada póliza



Procedimiento Reembolso de Gastos



NOTAS IMPORTANTES

- Notificación de siniestros por correo electrónico a los correos adjuntos en la parte inferior, 30 días a partir de la fecha de ocurrencia del evento.
- Detallando:
- **ASEGURADO: Nombre Completo**
- **FECHA DEL SINIESTRO:**
- **EVENTO:**
- **LUGAR DE OCURRENCIA:**
- **DETALLE: Una especificación básica de lo sucedido**

- Después de esto y de necesitarlo, es necesario que se llene el formulario se lo presente en las oficinas de metro seguro junto con las facturas **originales**.

Ejecutivas de cuenta : María José Olmeda, tel: 0983 303 014
amedica2@metroseguros.com,



Presentación de Solicitud de Reembolsos

- Formulario de reclamación debidamente lleno y firmado por el médico, el titular, y la empresa.
- Facturas originales de médicos, medicinas y exámenes de laboratorio.
- Orden para medicinas y solicitud de exámenes.
- Copia de resultado de exámenes.
- Desglose de facturas con costos unitarios por procedimiento o por examen realizado.
- Historia Clínica u Hoja A08 (entregada por la clínica o hospital)

RECUERDE:

Todas las facturas deberán cumplir con los requisitos de Ley. Si es Factura Electrónica debe enviarnos el archivo XML y RIDE



Formulario para la presentación de un Reembolso



RAMO: VIDA

FORMULARIO DE RECLAMACIÓN DE GASTOS MÉDICOS POR ENFERMEDAD Y/O ACCIDENTES
SOLO SE ACEPTAN ORIGINALES DE ESTE DOCUMENTO

No. FORMULARIO 00001

PARA USO DE LA COMPAÑÍA RECLAMO No.:

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

1. SECCIÓN A: A SER COMPLETADA POR EL ASEGURADO.
2. SECCIÓN B: A SER COMPLETADA POR EL MÉDICO TRATANTE.
3. SECCIÓN C: A SER COMPLETADA POR EL TENEDOR DE PÓLIZA.
4. Si la información es a causa de una incapacidad deberá adjuntarse el informe del Patrono con el respectivo sello de la empresa junto con el Certificado de Incapacidad.
5. Favor adjuntar facturas originales, recetas medicas, pedidos y demás documentación que respalde la reclamación.

Sección A: Información sobre el Asegurado

1. Nombre completo del Asegurado: _____ 2. Compañía: _____ 3. No. de póliza: _____ 4. No. de certificado: _____

5. Nombre de (reclamante): _____ 6. Fecha de nacimiento: _____ 7. Edad: _____ 8. Sexo: M F _____ 9. País o lugar de atención: _____
Día Mes Año

10. Lugar de empleo, colegio o universidad del reclamante: _____ 11. Indique otras pólizas que el reclamante posea, colectivas, individuales. _____

12. El reclamo se hace a causa de: Enfermedad Accidente

13. Reclamo a causa de enfermedad. Describa la enfermedad: _____ Fecha de primeros síntomas: _____
Día Mes Año

14. Si el reclamo es a causa de accidente, detalle: _____
¿Cuándo ocurrió? _____
Día Mes Año HORA MIN. SEG.
¿Dónde ocurrió? _____ ¿Cómo ocurrió? _____
¿Cuándo dejó de trabajar? _____
¿Cuándo ocurrió? _____
Día Mes Año HORA MIN. SEG.

15. ¿Ha recibido anteriormente tratamiento por esta o cualquier otra incapacidad? Si No Fecha de la primera visita: _____
Día Mes Año

NOMBRE DEL PRIMER MÉDICO CONSULTADO: _____ CLÍNICA _____

NOMBRE DE OTROS MÉDICOS QUE LO ASISTEN EN ESTA LESIÓN: _____ CLÍNICA _____

16. ¿Estuvo hospitalizado por esta lesión? Si No En caso afirmativo, indique:
Nombre del Hospital: _____ Fecha de ingreso: _____
Día Mes Año

Totalmente incapacitado: Desde: _____ Hasta: _____
Parcialmente incapacitado: Desde: _____ Hasta: _____

Detalle de Cuenta:

Consulta: _____
Medicina: _____
Laboratorios: _____
Tratamiento: _____
Rayos X: _____
Otros: _____
TOTAL: _____

Por este medio autorizo a médicos, hospitales, asociaciones o al empleador a dar información referente (adjuntando copias completas de sus archivos) relacionada con cualquier lesión, enfermedad, tratamiento o prescripción, a AIG-Metropolitana Cia. de Seguros y Reaseguros S.A. o sus representantes autorizados. Por este medio certifico que toda la información y documentación aquí proporcionados son verdicos. Queda entendido que la Compañía de Seguros se reserva el derecho de aplicar la legislación de este reclamo hasta la obtención de todos los documentos e información necesarios a su completa satisfacción. Acepto y autorizo que AIG-Metropolitana Cia. de Seguros y Reaseguros S.A. archive, procese, maneje y administre mis datos personales e información relacionada con el siniestro reportado, de acuerdo a sus mejores prácticas.
Firma del Asegurado: _____
No. de cédula: _____ Teléfono: _____
Fecha / Ciudad: _____

Sección B: Para ser completado por el Médico o proveedor de la red preferencial

1. Código de Diagnóstico: _____ Descripción de Diagnóstico: _____ ¿Cuándo inicio la causa básica de esta condición? _____
Día Mes Año

2. ¿Se trata de embarazo? Si No Fecha de inicio: Día _____ Mes _____ Año _____

3. ¿Ha recibido el paciente previamente algún tratamiento por esta condición? En caso afirmativo favor indicar detalles: _____

4. Favor brindar detalle del CUADRO CLÍNICO Y HALLAZGOS FÍSICOS que apoyen el diagnóstico arriba indicado: _____

5. Favor indique los exámenes de LABORATORIO, RAYOS X o MEDICAMENTOS que se necesitan: _____

6. Favor detallar tratamiento u operación: _____

7. ¿Se presentó alguna complicación? Si No En caso afirmativo, describa ésta: _____

EN CASO DE ACCIDENTE

8. ¿Cuánto tiempo estuvo o estará el paciente continúa y completamente incapacitado para efectuar todas y cada una de sus labores?
Desde: _____ Hasta: _____

9. ¿Cuánto tiempo estuvo o estará el paciente parcialmente incapacitado para efectuar todas y cada una de sus labores?
Desde: _____ Hasta: _____

LUGAR DE ATENCIÓN (Marque)

Laboratorio / Rayos X: Sala de Urgencias: Hogar del paciente:

Certifico que las respuestas anteriores son correctas y verdaderas a mi mejor conocimiento y que corresponden a los servicios que he prestado a este paciente.

Firma del Médico o Proveedor y Cédula: _____ Sello del Médico, Clínica u Hospital: _____

Nombre del Médico o Proveedor: _____ Número de Registro Médico: _____

Dirección: _____ Fecha: _____ Teléfono: _____

Sección C: Para ser completado por el empleador

Fecha y Ciudad: _____ Firma del Asegurado: _____ Cargo: _____

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

AIG-Metropolitana Cia. 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

Descárguelo con el siguiente Link:

<https://www.aig.com.ec/content/dam/aig/lac/ecuador/documents/forms/reclamacion-asistencia-medica-form.pdf>

BENEFICIOS ADICIONALES DE LA TARJETA AIG PROTECCION:



SERVICIOS ESPECIALES UNICAMENTE DESCUENTO (NO COBERTURA)

		Ciudad	Beneficios	Dirección y teléfono
	Óptika Eyewear	Quito	Control visual (SIN COSTO)	Matriz: Eloy Alfaro N29-128 Y 9 de Octubre (Edificio Cisneros)
			En compras al contado el 10% de descuento.	
			Garantía de un año en armazones	02 2986 000 / 02 5117 676
			Mantenimiento cada 4 meses cambio de plaquetas, cambio de patas, cuadro de lentes, limpieza ultrasonido, estuches, limpiezas microfibras	
	Metro Laser	Quito	Excímer láser estándar 2 ojos: \$940 (incluye uso de sala)	Av. Mariana de Jesús S/N y Nicolás Arteta (Centro Médico Meditrópoli) PB 02 3998000 ext. 2709 / 02269357
			Excímer láser personalizado 2 ojos: \$1,140 (incluye uso de sala)	



Sucursales - Contacto



Sucursales



Quito – Ecuador

Av. Amazonas N 31-50 y Mariana de Jesús
Edificio Metroseguros, 4to piso
PBX (593 2) 2548 183 FAX 323 7923

Guayaquil - Ecuador

Miguel H. Alcivar y José Alavedra, Mz. 202 V. 24
Telf.: (593) 4-2289256 Telfs.: (593 2) 2642 828 / 2642 899 /
2642 922 / 09 83303 021

Información de contacto:

María José Olmeda

amedica2@metroseguros.com

09 83303 014





METROSEGUROS

ASESOR PRODUCTOR DE SEGUROS

Seguridad y Confianza...