



**METROSEGUROS**  
ASESOR PRODUCTOR DE SEGUROS

Con el respaldo de



**Metropolitana**  
CIA. DE SEGUROS Y REASEGUROS S.A.

Presenta el seguro de accidentes  
personales para



# DETALLE DE BENEFICIOS Y COBERTURAS

	<b>MONTO DE COBERTURA</b>
Muerte accidental	3.000
Incapacidad total y permanente por accidente	3.000
Desmembración accidental	3.000
Gastos médicos por accidente	800
Gastos de sepelio por accidente	2.500
Gastos de ambulancia por accidente	100
Beca estudiantil por muerte accidental	3.500
Deducible para gastos médicos por accidente	20
Prestación ambulatoria por enfermedad	NO APLICA



# DETALLE DE BENEFICIOS Y COBERTURAS

	CONDICIONES
Edad mínima de ingreso	4
Edad máxima de ingreso	65
Edad maxima de permanencia	70 años
Atenciones ambulatorias y hospitalarias por accidente	Crédito en prestadores en convenio o reembolso
Atenciones ambulatorias por enfermedad	No aplica



# 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.



# Proveedores con crédito hospitalario al 100%, una vez superado el deducible

<b>Ciudad</b>	<b>Nombre del Proveedor</b>
Quito	<b>Clínica de la Mujer</b>
Quito	<b>Clínica Internacional</b>
Quito	<b>Clínica Pasteur</b>
Quito	<b>Fundación Tierra Nueva</b>
Quito	<b>Clínica Arthros</b>
Quito	<b>Hospital Metropolitano</b>
Quito	<b>Hospital Vozandes Quito</b>
Quito	<b>Nova clínica Santa Cecilia</b>
Quito	<b>Hospital de Especialidades San Bartolo</b>
Quito	<b>Clínica de Especialidades del Sur</b>
Quito	<b>Clinica Dos Hemisferios</b>
Quito	<b>AXXIS Hospital</b>
Quito	<b>Hospital de Especialidades San Bartolo DANREMA</b>
Quito	<b>Clínica Cotocollao</b>



# Proveedores con crédito hospitalario al 100%, una vez superado el deducible

<b>Ciudad</b>	<b>Nombre del Proveedor</b>
Quito	<b>Life &amp; Hope Speciality Care S.A. * Oncología</b>
Cumbayá	
Cotocollao	<b>Clínica Adventista</b>
Tumbaco	<b>Clínica de Especialidades Tumbaco</b>
Cumbayá	<b>Hospital de los Valles</b>
Sangolquí	<b>Clínica de Emergencias San Francisco</b>
Sangolquí	<b>Clínica Hospital San Rafael</b>
Sangolquí	<b>Novaclínica del Valle</b>
Guayaquil	<b>Clínica La Alborada</b>
Guayaquil	<b>Clínica Panamericana</b>
Guayaquil	<b>Clínica Santa María</b>
Guayaquil	<b>Hospital Alcivar</b>
Guayaquil	<b>Quality of Care * Oncología</b>





# Proveedores con crédito hospitalario al 100%, una vez superado el deducible

<b>Ciudad</b>	<b>Nombre del Proveedor</b>
Guayaquil	<b>Hospital de la Mujer Alfredo Paulson</b>
Guayaquil	<b>Hospital Luis Vernaza</b>
Guayaquil	<b>Hospital Roberto Elizalde Gilbert</b>
Guayaquil	<b>Omni Hospital</b>
Guayaquil	<b>CENTRO DE SERVICIOS MEDICOS SAN FRANCISCO CEMEFRAN C.A.</b>
Guayaquil	<b>Grupo Hospitalario Kennedy: Policentro - Alborada - Samborondón</b>
Cuenca	<b>Hospital del Río</b>
Cuenca	<b>Clínica Santa Inés</b>
Cuenca	<b>Hospital Latinoamericano</b>
Cuenca	<b>Monte Sinaí</b>
Cuenca	<b>Hospital del Río</b>
Ambato	<b>Clínica Central</b>
Ambato	<b>Clínica Durán</b>



# Proveedores con crédito hospitalario al 100%, una vez superado el deducible

<b>Ciudad</b>	<b>Nombre del Proveedor</b>
Ibarra	<b>Instituto Médico de Especialidades</b>
Ibarra	<b>Nova clínica Moderna</b>
Lago Agrio	<b>Clínica González</b>
Lago Agrio	<b>Clínica Nuestra Señora del Cisne</b>
Latacunga	<b>Clínica Continental</b>
Latacunga	<b>Clinica Latacunga</b>
Loja	<b>Clínica San Agustín</b>
Machala	<b>Clínica de Traumatología</b>
Manta	<b>Clínica del Sol</b>
Quevedo	<b>Clínica Revelo Gray</b>
Salinas - La Libertad	<b>Clínica Granados</b>
Salinas - La Libertad	<b>Clínica Metropolitana de la Península Clinimet</b>
Cuenca	<b>Hospital Universitario del Río</b>
Cuenca	<b>Hospital del Río</b>
Santo Domingo	<b>Clínica Hospital Santiago</b>



# 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



# 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, se deberá completar el formulario, junto con los documentos necesarios. (siguiente hoja)

Ejecutiva de cuenta :Belén Obando, cel: 0983 303 014  
[amedica2@metroseguros.com](mailto:amedica2@metroseguros.com),



WhatsApp



# 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

**RECUERDE:**

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



# Presentación de Solicitud de Reembolsos

**AIG** **Metropolitano**  
Cia. de Seguros y Reaseguros S.A.

**FORMULARIO DE RECLAMACIÓN DE ACCIDENTES PERSONALES**

Para formular una reclamación de Accidentes Personales, el Asegurado debe completar el formulario en la Sección A, el médico tratante la Sección B, igualmente, deberá adjuntar los recibos, facturas, y comprobantes de la cuenta pagada, y remitirlos a AIG-Metropolitano, ubicada en la Av. Jacinto de la Cueva y Av. Brasil, esquina.

Fecha de presentación del reclamo a la Compañía: Día:  Mes:  Año:   
Póliza #  Certificado #

**SECCIÓN A - PARA SER COMPLETADA POR EL ASEGURADO**

Nombre:  Edad:  Género: F  M   
Dirección:  Teléfono:   
Correo Electrónico:  Empresa donde trabaja o Institución Educativa:   
Fecha del accidente: Día:  Mes:  Año:   
Describe la lesión: ¿Dónde y cómo ocurrió?  
  
Indique el hospital y/o nombre del primer médico consultado:  Teléfono:   
Fecha de la primera visita al médico: Día:  Mes:  Año:   
Estuvo hospitalizado por esta lesión: Si:  No:   
Fecha de ingreso: Día:  Mes:  Año:

**INFORMACIÓN DEL BENEFICIARIO**

**DECLARACIÓN DE ORIGEN Y DESTINO DE FONDOS**

Concedor (a) de los pagos de perjuicio, declaro bajo juramento que el origen de los valores que serán cancelados a AIG-Metropolitano Cia. de Seguros y Reaseguros S.A., Sociedad Ecuatoriana, en caso de emitir la póliza, son y provienen de actividades lícitas.  
Concedor (a) de las disposiciones de la Ley de Prevención, Detección y Erradicación del Delito de Lavado de Activos y Financiamiento de Delitos; o/queza expresamente a la Compañía, para que obtenga de cualquier fuente de información, incluido el Central de Riesgos, más referencias e información personal sobre mi comportamiento de mis obligaciones, actives, pasivos y datos personales. De igual manera otorgo, 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:   
Nombre del beneficiario:   
Aseguradora:  Monto Indemnizado:   
Tipo de Seguro:  Fecha de Indemnización:

Por este medio autorizo a médicos, hospitales, asociaciones o al empleador a dar información requerida (adjuntando copias completas de sus archivos) relacionada con cualquier lesión, enfermedad, tratamiento o prescripción, o AIG-Metropolitano Cia. de Seguros y Reaseguros S.A. o sus representantes autorizados. Por este medio certifico que toda la información y documentación así proporcionada son verdaderas. Quedo entendido que la Compañía de Seguros se reserva el derecho de aplicar la liquidación de este reclamo hasta la obtención de todos los documentos e información necesarios a su completa satisfacción. Accepto y autorizo que AIG-Metropolitano 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.

Lugar:  Firma Asegurado:  No. Ident/Cédula:   
Cheque a favor de:

[https://www.aig.com.ec/content/dam/aig/lac/ecuador/documents/forms/aig\\_formulario\\_siniestros\\_accidentes\\_personales.pdf](https://www.aig.com.ec/content/dam/aig/lac/ecuador/documents/forms/aig_formulario_siniestros_accidentes_personales.pdf)





METROSEGUROS

ASESOR PRODUCTOR DE SEGUROS

*Seguridad y Confianza...*