



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

	MONTO DE COBERTURA
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

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



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

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



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

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



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

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



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,



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



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-Metropolitana, 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-Metropolitana Cia. de Seguros y Reaseguros S.A., Sucursal Ecuador, en caso de emitir la póliza, son y provienen de actividades lícitas. Concedor (a) de las disposiciones de la Ley de Prevención, Detección e Erradicación del Delito de Lavado de Activos y Financiamiento de Delitos; autorizo expresamente a la Compañía, para que obtenga de cualquier fuente de información, incluido la Central de Riesgos, toda referencia e información personal sobre mi cumplimiento 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-Metropolitana Cia. de Seguros y Reaseguros S.A. o sus representantes autorizados. Por este medio certifico que toda la información y documentación aquí proporcionada son verdicias. 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. Acuerdo 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.

Lugar: Firma Asegurado: No. Ident/Cédula:

Checke a favor de:

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...