



Metropolitana
CIA. DE SEGUROS Y REASEGUROS S.A.

RAMO: SEGURO COLECTIVO PARA ASISTENCIA MÉDICA

PARA USO DE LA COMPAÑÍA
RECLAMO No.:

FORMULARIO DE ALCANCE DE REEMBOLSO POR ATENCIÓN MÉDICA

Ciudad: _____ Número de Documento _____
Solicitud de reembolso: Ambulatoria ☐ Hospitalaria ☐ Fecha: ____/____/____
dd mm aaaa
Número de póliza: _____ Broker: _____

DATOS GENERALES

Empresa: _____
Nombre y Apellido del Titular: _____
CI: _____
Nombre y Apellido del Paciente: _____
Parentesco: _____ Edad: _____
Dirección de domicilio: _____
Telf. de domicilio: _____ Telf. celular: _____ Email: _____
Diagnóstico: _____ Fecha de Ocurrencia del Sinistro: ____/____/____
dd mm aaaa
Alcance de liquidación No.: _____

AUTORIZACIÓN PARA PAGO DE REEMBOLSO POR TRANSFERENCIA BANCARIA

Yo, _____ con C.I.: _____ autorizo a AIG Metropolitana Cia de Seguros y Reaseguros S.A. realizar la transferencia a la Cuenta Corriente# _____ Cuenta Ahorros # _____ Banco _____ correo electrónico _____ No. Celular: _____

Firma del Titular

DETALLE FACTURAS PRESENTADAS

EMISOR	FACTURA No.	VALOR	EMISOR	FACTURA No.	VALOR
TOTAL		\$ 0,00	TOTAL		\$ 0,00

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

Firma del Titular

CI: _____