



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



RED DE CLÍNICAS EN CONVENIO

OTROS BENEFICIOS SIN COSTO:

Tarjeta de Crédito hospitalario que podrá utilizarse en caso de Accidente en los principales Hospitales y Clínicas del país.

Nombre del Proveedor Médico	Ciudad
Clínica Internacional	Quito
Clínica San Francisco	Quito
Clínica Cotocollao	Quito
Clínica de la Mujer	Quito
Clínica Hospital San Rafael	Quito
Clínica INFES	Quito
Clínica la Primavera	Quito
Clínica Maria Auxiliadora	Quito
Clínica Pasteur	Quito
Hospital de Clínicas Pichincha	Quito
Hospital de Especialidades San Bartolo	Quito
Hospital de los Valles	Quito
Hospital Metropolitano	Quito
Medicvalle	Quito
Nova clínica Santa Cecilia	Quito
Clínica La Alborada	Guayaquil



Clínica Panamericana	Guayaquil
Clínica Santa María	Guayaquil
Hospital Alcívar	Guayaquil
Hospital Gineco - Obstétrico Enrique C. Sotomayor	Guayaquil
Hospital Luis Vernaza	Guayaquil
Hospital Roberto Elizalde Gilbert	Guayaquil
SOLCA	Guayaquil
Clínica San Francisco	Guayaquil
Omni Hospital	Guayaquil
Clínica Monte Sinaí	Cuenca
Clínica Santa Inés	Cuenca
Hospital Latinoamericano	Cuenca
Clínica Central	Ambato
Clínica Metropolitana	Riobamba
Clínica Hospital San Juan	Riobamba
Instituto Médico de Especialidades	Ibarra
Nova clínica Moderna	Ibarra
Clínica Mogrovejo	Loja
Clínica San Agustín	Loja
Clínica San Francisco	Loja
Hospital UTPL Universidad Técnica Particular de Loja	Loja
Clínica Nuestra Señora del Cisne	Lago Agrio
Clínica Continental	Latacunca
Clínica Granados	Salinas - La Libertad
Unidad Médica Asistencial	El Sacha- Coca
Clínica de Especialidades Metropolitana	Esmeraldas
Clínica Rivadeniera	Coca
Clínica veloz	Coca
Clínica de Sol	Manta
Clínica La Merced	Portoviejo
Clínica Manta	Manta
Clínica de Traumatología	Machala
Clínica San Francisco	Quevedo
Clínica Sudamericana	Quevedo
Clínica Hospital Santiago	Santo Domingo



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 : Maria Augusta Torres, 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

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 reclamación 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 del reclamante: _____ 6. Fecha de nacimiento: _____ 7. Edad: _____ 8. Sexo: F M 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.
COMPañÍA DE SEGUROS No. DE PÓLIZA

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 a.m. p.m.
¿Dónde ocurrió? _____ ¿Cómo ocurrió? _____
¿Cuándo dejó de trabajar? _____
¿Cuándo ocurrió? _____
Día Mes Año HORA a.m. p.m.

15. ¿Ha recibido anteriormente tratamiento por ésta o cualquier otra incapacidad? Sí 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? Sí 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: _____
Tratamientos: _____
Rayos X: _____
Otros: _____
TOTAL: _____

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, 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 aplazar la liquidación 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? Sí 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? Sí No En caso afirmativo, describa ésta: _____

EN CASO DE ACCIDENTE

8. ¿Cuánto tiempo estuvo o estará el paciente continua 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-INSP-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:

BENEFICIOS ADICIONALES DE LA TARJETA AIG PROTECCION:

Con la presentación de la tarjeta AIG nuestros asegurados acceden a los siguientes beneficios y descuentos:

CENTROS AMBULATORIOS

VERIS:

- Tarifas Preferenciales en Rayos X e imagen: En pagos en efectivo o cheque
- Descuentos en Servicios de oftalmología y dentales.

RED MÉDICA:

- Descuentos en medicamentos (en farmacias afiliadas a Redes)
- Descuentos en Rayos X (En centros afiliados a Red Médica)
- Descuento exámenes de laboratorio (En centros afiliados a Red Médica)

AVANTMED:

- Tarifas preferenciales para exámenes de laboratorio e imagen.

METRORED – METRODIAGNOSTICO:

- Descuentos en Rayos X: 15% en todas las formas de pago (En Metrored)
- Descuento exámenes de laboratorio: 15% en todas las formas de pago (En Metrored)



BENEFICIOS ADICIONALES DE LA TARJETA AIG PROTECCION:

Con la presentación de la tarjeta AIG nuestros asegurados acceden a los siguientes beneficios y descuentos:

CENTROS AMBULATORIOS

BIODIMED:

- Descuentos en Exámenes de laboratorio e imagen (En centros Biodilab)
- Atención de urgencias médicas ambulatorias (Sin previa cita)

MEDIKAL:

- Descuentos en exámenes

CONTROL SALUD:

- Descuentos en exámenes de laboratorio e imagen: 10% (En centros Control Salud)

SANOSER:

- Descuentos en Rayos X e imagen en efectivo y con tarjeta de crédito menos su costo administrativo (En Sanoser)
- Descuento exámenes de laboratorio en pagos en efectivo y con tarjeta de crédito menos su costo administrativo (En Sanoser)

HOSPITAL SAN FRANCISCO:

- Descuentos del 20% en exámenes de laboratorio e imagen.

HOSPITAL UTPL:

- Descuentos del 20% en exámenes de laboratorio e imagen.



BENEFICIOS ADICIONALES DE LA TARJETA AIG PROTECCION:

Con la presentación de la tarjeta AIG nuestros asegurados acceden a los siguientes beneficios y descuentos:

CENTROS AMBULATORIOS

CLINICA DE ESPECIALIDADES METROPOLITANA (ESMERALDAS)

- Descuentos del 20% en exámenes de laboratorio e imagen

CLINICA DE ESPECIALIDADES NUESTRA SEÑORA DEL CISNE (LAGO AGRIO)

- Descuentos del 10% en exámenes de laboratorio e imagen

CLINICA LA MERCED (PORTOVIEJO)

- Descuentos en exámenes de laboratorio e imagen



LABORATORIO MÉDICO Y DIAGNÓSTICO POR IMAGEN

CENTRO INTEGRAL DE OSTEOPOROSIS:

- Descuentos en exámenes de laboratorio: 10% para todas la formas de pago
- Descuentos en exámenes de imagen y Rayos X: 10% para todas la formas de pago
- Descuentos en Terapias de rehabilitación: 10% para todas la formas de pago

CETCUS:

- Descuento en Rayos X e imagen: 20%

GINELAB:

- Descuentos en exámenes de laboratorio: 15% en pagos en efectivo y con tarjeta de crédito menos su costo administrativo.

NTERLAB:

- Descuento sobre el P.V.P. en todos los exámenes de laboratorio pagados en efectivo: 20%
- Descuento sobre el P.V.P. en todos los exámenes de laboratorio pagados con tarjeta de crédito: 15%
- Descuento sobre el P.V.P. en todos los exámenes de laboratorio pagados efectivo con servicio a domicilio: 10%

• **MEDINUCLEAR:**

- Tarifas Preferenciales para clientes AIG Metropolitana.

• **SINAILAB – AUSTROIMÁGENES - CEDAPSINAI**

- Exámenes de laboratorio, imagen y Patología con un 10% de descuento.
- Chequeos ejecutivos pre-ocupacionales: 3% a 5% de descuento.



FARMACIAS – MEDICINAS

MEDICITY – FARMACIAS ECONOMICAS:

- Descuentos especiales (pagos solo en efectivo).
- Servicio a Domicilio sin costo al 02 2900202 para compras superiores a \$6.00.

PHARMA DELIVERY:

- Servicio a domicilio sin costo
- Descuento en medicamentos con pago de contado: del 8% al 50%
- Descuento en medicamentos con pago con Tarjeta de crédito: del 8% al 50% menos el costo administrativo de la tarjeta de crédito.

Descuento en exámenes de laboratorio, con toma de muestras a domicilio: 10%



CENTROS ODONTOLÓGICOS

- **DENTALMETROPOLI:**

- Consultas y diagnóstico sin costo
- Descuento sobre el P.V.P. en los tratamientos dentales: del 20% al 30%
 - Prevención
 - Operatorios
 - Estéticos
 - Cirugía
 - Prótesis dentales
 - Radiología
 - Endodoncia
 - Periodoncia
 - Ortodoncia
 - Odontopediatría

- **IMPLANT DENTAL LASER – EQUIDENTAL:**

- Consulta y diagnóstico sin costo
- Descuento sobre el P.V.P en los tratamientos dentales: 20% (en pagos en efectivo)
- Descuento sobre el P.V.P en los tratamientos dentales: 10% (en pagos en tarjeta de crédito)
 - Prevención
 - Operatorios
 - Estéticos
 - Cirugía
 - Prótesis dentales
 - Endodoncia
 - Periodoncia



CENTROS ODONTOLÓGICOS

SMILE DESIGN:

- Diagnóstico odontológico digitalizado: Sin costo
- Descuentos en Odontología General: 20% (pagos en efectivo)
- Descuentos en Odontología Especializada: 15% (pagos en efectivo)
- Descuentos en Odontología General: 10% (pagos en tarjeta de crédito)
- Descuentos en Odontología Especializada: 5% ((pagos en tarjeta de crédito)

DENTALCORP:

- Diagnóstico odontológico digitalizado: Sin costo
- Descuentos en Odontología General: 20% (pagos en efectivo)
- Descuentos en Odontología Especializada: 15% (pagos en efectivo)
- Descuentos en Odontología General: 10% (pagos en tarjeta de crédito)
- Descuentos en Odontología Especializada: 5% ((pagos en tarjeta de crédito)



ÓPTICOS – VISUALES

OPTICA LOS ANDES:

- Examen visual Optométrico, sin costo a cada uno de los asegurados de AIG Metropolitana.
- Examen visual Oftalmológico, por US \$ 20,00 a cada uno de los asegurados de AIG Metropolitana.

METROLASER:

- Costos especiales para asegurados AIG en los siguientes tratamientos:
- Excimer láser estándar 1 ojo: \$570 (incluye uso de sala)
- Excimer láser estándar 2 ojos: \$1,040 (incluye uso de sala)
- Excimer láser personalizado 1 ojo: \$735 (incluye wave scan y uso de sala)
- Excimer láser personalizado 2 ojos: \$1,305 (incluye wave scan y uso de sala)

OPTIKA:

- Control visual (SIN COSTO) en el lugar de trabajo y permanentemente en nuestros locales extensivos para familiares.
- Crédito 6 meses sin intereses en todos los productos mediante debito al rol de pagos; asociación
- En compras al contado el 10% de descuento.
- Garantía de un año en armazones
- Seguro contra robo y pérdida gratuito de un año hasta por el 10% de PVP de contado.
- Mantenimiento de sus lentes cada 6 meses.
- Todos los productos ópticos adquiridos se entregaran en un kit que incluye paño de limpieza, estuche y funda.
- Mantenimiento cada 4 meses cambio de plaquetas, cambio de patas, cuadro de lentes, limpieza de lentes, cambio de estuches, limpiadores microfibra este servicio sin costo alguno al paciente



REHABILITACIÓN FÍSICA Y RESPIRATORIA:

REHABILITAR:

- Precios preferenciales en servicios adicionales disponibles en la clínica.

GIMNASIOS

CURVES: Descuento del 60% en la tarifa de Inscripción.

LIMITES DE EDAD:

- Máxima de entrada: 65 años
- Máxima de permanencia: 73 años
- Mínima de ingreso: 05 años

FORMA DE PAGO: POR CONFIRMAR

- **NOTAS:**
- LA PRIMA TOTAL INCLUYE LOS IMPUESTOS DE LEY

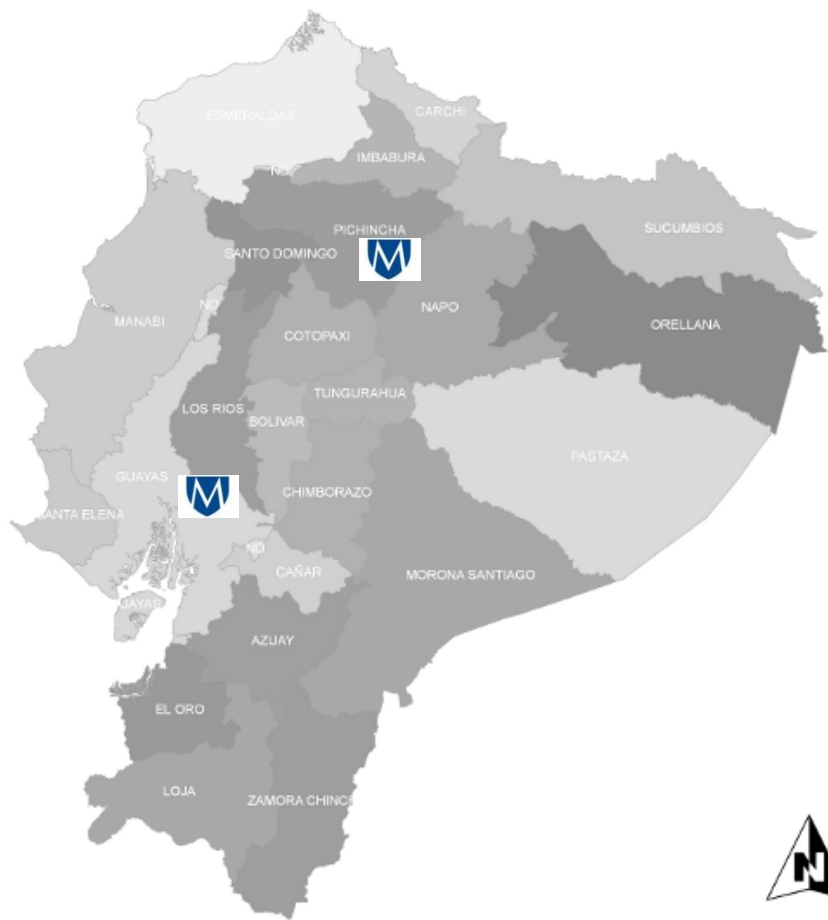
CLAUSULAS ADICIONALES

- Notificación de siniestros, 30 días calendario
- Pago de primas 20 días calendario.
- Cancelación de póliza 30 días calendario



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

Información de contacto:

Maria Augusta Torres
amedica2@metroseguros.com
09 83303 014





METROSEGUROS
ASESOR PRODUCTOR DE SEGUROS

Seguridad y Confianza...