



FORMULARIO DE RECLAMACIÓN DE SEGURO DE VEHÍCULOS

SOLO SE ACEPTAN ORIGINALES DE ESTE DOCUMENTO

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

Sección A: Información sobre el Asegurado

1. Nombre completo del Asegurado:

2. No. de póliza:

3. Teléfono:

4. Dirección:

Sección B: Automóvil Asegurado

5. Marca:

6. Modelo:

7. Color:

8. Placa:

9. Motor:

Sección C: El Conductor

NOMBRE DE LA PERSONA QUE MANEJABA EL VEHÍCULO AL MOMENTO DE ACCIDENTE

10. Nombre completo:

11. Caducidad de la licencia:

12. Edad:

13. Teléfono

14. C.I.:

15. Parentesco:

Sección D: Evento

16. Fecha del accidente:
Día Mes Año

17. Hora:

18. Lugar donde ocurrió el accidente:

19. Velocidad:

20. El sentido de la calle del accidente era a la derecha o izquierda?

21. ¿Tenía luces encendidas?

22. ¿Existe reporte policial?

23. ¿A qué juzgado se elevó la causa?

24. ¿Quién manejaba el otro vehículo?

25. ¿Era clara la visibilidad?

26. ¿Estaba el pavimento mojado?

27. ¿Cuántas personas viajaban con ustedes?

28. ¿Sufrieron lesiones?

29. Describa el accidente en detalle:

Sección E: Testigos Importantes

30. Nombre completo:

31. Dirección:

32. Teléfono:

Sección F: Daños al Vehículo Asegurado

33. Detalle todos los daños:

34. ¿Dónde está el automóvil? (incluya dirección y teléfono):

35. ¿Como movilizó el automóvil?

Sección G: Lesiones a Ocupantes del Vehículo

36. Nombre de las personas lesionadas:

37. Dirección:

38. Si es vehículo, placa:

39. Teléfono:

40. Marca:

41. Tipo:

42. Detalle todos los daños:

Sección H: Lesiones a Ocupantes del Vehículo

43. Nombre de las personas lesionadas:

44. Dirección:

45. Teléfono:

46. Naturaleza de la lesión:

47. Parentesco o relación con el Asegurado:

48. Donde fue llevado después del accidente:

49. Nombre del doctor que lo atendió:

50. Dirección:

DECLARACION DE ORIGEN Y DESTINO DE FONDOS

Conocedor (a) de las penas de perjuicio, declaro bajo juramento que el origen de los valores que serán cancelados a AIG-Metropolitana Cía de Seguros y Reaseguros S.A., Sucursal Ecuador, en caso de emitir la póliza, son y provienen de actividades lícitas.

Conocedor (a) de las disposiciones de la Ley de Prevención, Detección y Erradicación del Delito de Lavado de Activos y Financiamiento de Delitos; autorizo expresamente a la Compañía, para que obtenga de cualquier fuente de información, incluida la Central de Riesgos, mis referencias e información personal sobre mi comportamiento de mis obligaciones, activos, pasivos y datos personales. De igual manera forma, 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

Información del Beneficiario

1. Nombre del beneficiario:

2. Dirección:

3. Email:

4. Teléfono:

5. Relación con el Asegurado:

Indique las reclamaciones presentadas e Indemnizaciones recibidas de cualquier aseguradora en los dos últimos años, que superen los \$10.000 dólares:

6. Aseguradora:

7. Monto Indemnizado:

8. Tipo de Seguro:

9. Fecha:

Fecha y Ciudad

Firma del Asegurado

Firma del Beneficiario