



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

Nombre completo del Asegurado: _____

No. de póliza: _____ Teléfono: _____

Dirección: _____

SECCIÓN B: AUTOMÓVIL ASEGURADO

Marca: _____ Modelo: _____ Color: _____

Placa: _____ Motor: _____

SECCIÓN C: EL CONDUCTOR

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

Nombre completo: _____

Caducidad de licencia: Edad: Teléfono:
dd mm aaaa

C.I. / R.U.C.: Parentesco:

SECCIÓN D: EVENTO

Fecha de accidente: Lugar donde ocurrió el accidente:
dd mm aaaa

Velocidad: El sentido de la calle del accidente era a la derecha o izquierda:

¿Tenía luces encendidas?: ¿Existe reporte policial?: ¿A qué juzgado se elevó la causa?:

¿Quién manejaba el otro vehículo?: ¿Era clara la visibilidad?:

¿Estaba el pavimento mojado?: ¿Cuántas personas viajaban con usted?: ¿Sufrieron lesiones?:

Detalle como ocurrió el evento:

SECCIÓN E: INFORMACIÓN SOBRE EL ASEGURADO

Nombre completo del Asegurado: _____

Dirección: _____ Teléfono: _____

SECCIÓN F: DAÑOS AL VEHÍCULO ASEGURADO

Detalle todos los daños:

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

¿Cómo movilizó el automóvil?:

SECCIÓN G: LESIONES A OCUPANTES DEL VEHÍCULO

Nombre de las personas lesionadas:

Dirección:

Si es vehículo, placa:

Teléfono:

Marca:

Tipo:

Detalle todos los daños:

SECCIÓN H: LESIONES A OCUPANTES DEL VEHÍCULO

Nombre de las personas lesionadas:

Dirección:

Parentesco o relación con el Asegurado:

Teléfono:

Naturaleza de la lesión:

Dónde fue llevado después del accidente:

Nombre del doctor que lo atendió:

Dirección:

DECLARACIÓN DE ORIGEN Y DESTINO DE FONDOS

Conocer (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 compartamiento de mis obligaciones, activos, pasivos y datos personales. De igual manera, 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

Nombre del beneficiario:

Dirección:

Email:

Teléfono:

Relación con el Asegurado:

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

Aseguradora:

Monto Indemnizado:

Tipo de seguro:

Fecha:

dd

mm

aaaa

Fecha y Ciudad

Firma del Asegurado

Firma del Beneficiario