



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: 17. Hora: _____ 18. Lugar donde ocurrió el accidente: _____
Día Mes Año

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: _____

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