



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: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 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:

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