

**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