



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: _____

Correo del Asegurado: _____

SECCIÓN B: AUTOMÓVIL ASEGURADO

Marca: _____ Modelo: _____ Color: _____

Año Vehículo: _____ Placa: _____ Motor: _____

Tipo de vehículo: Comercial Personal

SECCIÓN C: EL CONDUCTOR

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

Nombre completo: _____

Caducidad de licencia: _____ Edad: _____ Teléfono: _____

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

SECCIÓN D: EVENTO

Fecha de accidente: _____ Hora del evento: _____ Lugar donde
ocurrió el accidente: _____

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: TESTIGOS IMPORTANTES

Nombre completo: _____

Dirección: _____ Teléfono: _____

SECCIÓN F: DAÑOS AL VEHÍCULO ASEGURADO

Detalle todos los daños:

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

¿Como movilizó el automóvil?: _____

SECCIÓN G: DAÑOS A TERCEROS

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: _____

Donde 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.

DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

En virtud de la Ley Orgánica de Protección de Datos Personales vigente desde 26 de mayo de 2021, autorizo a AIG Metropolitana CIA. de Seguros y Reaseguros S.A. a utilizar, tratar, transferir y almacenar mi información personal proporcionada o cualquier información que sea de conocimiento público conforme a la ley, con el objetivo de contactarme, por medio de llamada telefónica, mensaje de texto vía telefónica, correo electrónico, correo directo u otro medio a fin de: formalizar e instrumentar los avisos de siniestro recibidos durante la relación comercial; así como, con fines estadísticos y para efectuar estudios de perfil del cliente. Esta autorización de tratamiento y conservación de datos personales se mantendrá vigente hasta el fin de la relacional contractual entre las partes y, posterior a ello por cinco (5) años más.

Consentimiento explícito: Doy mi consentimiento explícito a AIG Metropolitana Cía. de Seguros y Reaseguros S.A. a transferir los datos a terceros, dentro y fuera del país, incluyendo proveedores con la finalidad antes indicada.

ACEPTO

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 dolares:

Aseguradora: _____ Monto Indemnizado: _____

Tipo de seguro: _____ Fecha: _____

Fecha y Ciudad

Firma del Asegurado

Firma del Beneficiario

*El Contratante y/o Asegurado podrá solicitar a la Superintendencia de Compañías, Valores y Seguros la verificación de este texto"

La Superintendencia de Compañías, Valores y Seguros para efectos de control asignó a la presente Póliza, el registro SCVS-6-7-SF-160-195004423-14062023.