



Metropolitana
CIA. DE SEGUROS Y REASEGUROS S.A.

R.U.C. 1790475247001

QUITO: Av. Brasil 293 y Antonio Granda Centeno, 5to. piso.
PBX.: (593-2) 395 5000 Fax: (593-2) 292 4424
GUAYAQUIL: Av. Rodrigo Chávez González, Parque Empresarial Colón
Edif. Corporativo II, 2do. piso, of. 203. PBX.: (593-4) 371 9000
CUENCA: Av. Ordóñez Lazo 5-42 y Laureles. PBX.: (593-7) 4102813
Adicionalmente ponemos a disposición nuestros números celulares:
Movistar: 0998 640 253; Claro: 0993 943 550

SEGURO DE VEHICULOS

RECLAMACION DEL SINIESTRO

EN CASO DE ACCIDENTE

- 1.- Obtener nombres y direcciones de todas las personas lesionadas y testigos incluyendo pasajeros.
- 2.- Dar aviso inmediato a las autorizadas de tránsito.
- 3.- Notar todos los daños sufridos por los vehículos.
- 4.- Dar aviso a la Compañía por teléfono o por escrito dentro de los cinco días (5) siguientes a la fecha que acaeció el accidente. Dicho aviso contendrá detalles suficientes para identificar el vehículo asegurado y toda la información posible respecto a la hora, lugar, circunstancia del accidente, al igual que los nombres, direcciones y números telefónicos de las personas mencionadas en el inciso No 1.
- 5.- Completar el formulario de Reclamación de siniestro por duplicado y entregar a la Compañía dentro de los siguientes quince días (15) del accidente.

TODAS LAS PREGUNTAS DE ESTE FORMULARIO DEBEN RESPONDERSE

- | | |
|--------------------------|---------------|
| 1) Nombre del Asegurado: | 2) Póliza N°: |
| 3) Dirección Domicilio: | 4) Teléfono: |
| 5) Dirección Oficina: | 6) Teléfono: |

AUTOMOVIL ASEGURADO

- | | | |
|--|------------|-----------|
| 7) Marca: | 8) Modelo: | 9) Color: |
| 10) Placa: | 11) Motor: | |
| 12) ¿Para qué lo usaba el momento del accidente? | | |

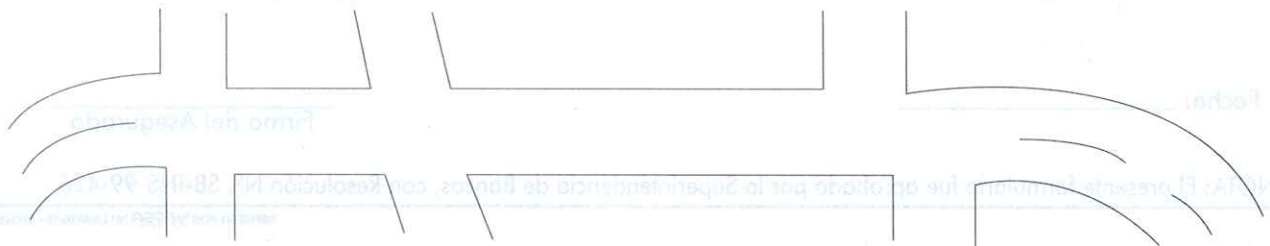
EL CONDUCTOR

- | | | | |
|--|-------|---------------|---------------------|
| 13) Nombre de la persona que manejaba el automóvil al momento del accidente? | | | |
| 14) Dirección: | | | |
| 15) Caducidad Licencia: | Edad: | 16) Teléfono: | Licencia N° o C.I.: |
| 18) ¿ Si manejaba otra persona que no sea el asegurado, quién lo autorizó? | | | |
| 19) ¿ Qué parentesco tiene con el asegurado? | | | |

EL EVENTO

- | | | | |
|---|-----------------------------------|--|--------------------------|
| 20) Marcar con una x si su vehículo tenía sistema de: Alarma <input type="checkbox"/> Bloqueo <input type="checkbox"/> Sistema de recuperación <input type="checkbox"/> | | | |
| 21) Fecha del accidente: | 22) Hora: | 23) ¿En qué dirección circulaba el vehículo asegurado? | |
| 24) Lugar donde ocurrió el accidente: | | | |
| 25) Velocidad: | 26) ¿Estaba tocando la bocina? | 27) ¿ En qué lado de la calle? | |
| 28) ¿Tenía luces encendidas? | 29) ¿Tomó nota la policía? | 30) ¿ Hay parte policial? | |
| 31) ¿A qué juzgado se elevó la causa? | | 32) ¿Quién manejaba el otro vehículo? | |
| 33) ¿Era clara la visibilidad? | 34) ¿ Estaba el pavimento mojado? | 35) ¿ Cuántas personas viajaban con usted? | 36) ¿Sufrieron lesiones? |
| 37) Describa el accidente en detalle y haga un diseño a continuación, lo que usted crea ayudará que se comprenda con facilidad la causa del accidente: | | | |

MUESTRE LA DIRECCION DE LOS VEHICULOS CON FLECHAS ASI



TESTIGOS IMPORTANTES

Nombre Completo:	Dirección:	Teléfono:
38)		
39)		
40)		
41)		

DAÑOS AL AUTOMOVIL ASEGURADO

42) Detalle todos los daños:
43) ¿Dónde está su automóvil ahora? (incluya dirección y telf.)
44) ¿Cómo movilizó su automóvil?

LESIONES A OCUPANTES DEL VEHICULO

45) Nombre de las personas lesionadas:	46) Dirección:	
47) Teléfono:	48) Ocupación:	49) Naturaleza de la lesión:
50) ¿Dónde fue llevado después del accidente?		

DAÑOS A LA PROPIEDAD DE OTROS

51) Nombre del propietario:	52) Dirección:		
53) Teléfono:	54) Si es automóvil, placa:	55) Marca:	56) Tipo:
57) Descripción de daños:			
58) ¿Está asegurado?	59) ¿Con qué Compañía?	NOTA: Si este espacio le es insuficiente y existe daños a otras personas de los detalles en hojas aparte.	

LESIONES A PERSONAS (Responsabilidad Civil)

60) Nombre de la persona lesionada:		
61) Dirección:	62) Teléfono:	
63) Ocupación:	64) Naturaleza de la lesión:	65) ¿Qué relación o parentesco tiene con el asegurado?
66) ¿Dónde fue llevado después del accidente?		
67) Nombre del Doctor que lo atendió o lo atiende:		
68) Dirección:	69) Teléfono:	
70) ¿En qué lugar estaba la persona lesionada cuando se produjo el accidente?		
NOTA: Si este espacio le es insuficiente y existe daños a otras personas de los detalles en hojas aparte.		

Autorizo a AIG Metropolitana Cía. de Seguros y Reaseguros S.A. a verificar y solicitar fotocopias de toda la documentación que tenga relación con el presente reclamo, que se encuentra establecida en la póliza. Declaro que las informaciones antes expresadas son exactas en todos sus detalles y que estoy pronto a prestar a la compañía toda la asistencia y el apoyo para la buena liquidación de esta reclamación.
La falsedad en cualquiera de la información proporcionada dejará sin efecto la reclamación efectuada.

Fecha: _____

Firma del Asegurado _____

NOTA: El presente formulario fue aprobado por la Superintendencia de Bancos, con Resolución N°. SB-INS-99-426