




**BENEFICIARIO**

Fecha(dd/mm/aa):

Apellidos: \_\_\_\_\_ Tipo de Identificación: C.I.  PAS.  Otro

Nombre (s): \_\_\_\_\_ Número de Identificación:

Nacionalidad: \_\_\_\_\_ País de Nacimiento: \_\_\_\_\_

Dirección del Domicilio: \_\_\_\_\_

Teléfono Domicilio: \_\_\_\_\_ Celular: \_\_\_\_\_ Correo Electrónico: \_\_\_\_\_

Indique Relación con el Asegurado:

Indique la relación de las reclamaciones presentadas e indemnizaciones recibidas por concepto de reclamos, respecto de cualquier asegurador, en los dos últimos años:

Aseguradora	Monto Indemnización	Por concepto de	Fecha

Indique los bienes objetos del seguro:

Cantidad	Bien Objeto del Seguro

**Declaración de origen lícito:**

Declaro y confirmo que la(s) cuenta(s) en que se acreditará(n) los pagos me pertenecen y que los ingresos contenidos en ella(s) han sido adquiridos a través de actividades lícitas y legítimas. Asimismo, declaro que el origen de procedencia de todos los recursos que poseo, tienen un origen lícito y permitido por las leyes del Ecuador y que no provienen ni provendrán de ninguna actividad relacionada con la producción, fabricación o comercialización de sustancias estupefacientes y/o psicotrópicas u otra actividad ilícita, libero a AIG METROPOLITANA CÍA. DE SEGUROS Y REASEGUROS S.A. de cualquier responsabilidad y la autorizo a proporcionar información que le requieran las autoridades competentes. Declaro que la información brindada en este formulario a AIG METROPOLITANA CÍA. DE SEGUROS Y REASEGUROS S.A., ha sido completada por mi y/o en mi presencia y que la información provista en él, es correcta, fiel y verdadera. De igual manera me comprometo a mantener informada a la entidad, de los cambios que se puedan presentar en el futuro con respecto a dicha información y autorizo a AIG METROPOLITANA CÍA. DE SEGUROS Y REASEGUROS S.A. a verificar a su discreción, la información proporcionada.

Acepto expresa y voluntariamente que AIG-Metropolitana archive, procese, y administre mis datos de acuerdo a sus mejores prácticas.

\_\_\_\_\_  
Firma Beneficiario

\_\_\_\_\_  
Firma Ejecutivo Reclamos