



**SEGURO** **DE** **VEHÍCULOS**

Solicitud certificado

DATOS DEL CONTRATANTE

Nombres Completos: CREDIPRIME Número de Cédula / RUC / Pasaporte:

DATOS DEL ASEGURADO

Apellido Paterno: {{ apellido1 }} Apellido Materno: {{ apellido2 }}

Nombres: {{ nombre1 }} {{ nombre2 }} Número de Cédula / RUC / Pasaporte: {{ numero\_id }}

Estado Civil: {{ estado\_civil }} Género: {{ genero }} Fecha de Nacimiento: {{ fecha\_nacimiento }}

Nacionalidad: {{ nacionalidad }} Lugar de Nacimiento: {{ lugar\_nacimiento }}

Actividad económica / Ocupación: {{ ocupación }} Ingresos Mensuales:

Dirección Domicilio: {{ direccion\_dom }}

Dirección Oficina: {{ direccion\_oficina }}

Teléfono Domicilio: {{ telefono\_dom }}

Teléfono Oficina: {{ telefono\_oficina }}

Teléfono Celular: {{ telefono\_dom }} Correo Electrónico: {{ email }}

\*Datos solicitados de conformidad a la Resolución No. JB-2012-2147 de 26 de abril de 2012 y sus posteriores reformas

DATOS DEL BIEN ASEGURADO

Conductor: {{ nombre }} Fecha vencimiento licencia:

Marca: {{ marca }} Modelo: {{ modelo }}

Tipo: {{ tipo }} Año: {{ ano }} Color: {{ color }} Placa/CPN: {{ placa }}

Número Motor: {{ motor }} Número Chasis: {{ chasis }}

Accesorios Extras

Descripción: {{ accesorios }} Valor:

Descripción: Valor:

Descripción: Valor:

Descripción: Valor:

# DECLARACIONES DEL ASEGURADO

Declaro libre y voluntariamente que el seguro solicitado a la compañía AIG-Metropolitana Cía. de Seguros y Reaseguros S.A., ampara bienes de procedencia lícita y que los mismos no están ligados con actividades de narcotráfico, lavado de activos o financiamiento del terrorismo; igualmente declaro que los fondos con los cuales se pagará la prima de este seguro tienen origen lícito y no guarda ninguna relación con las actividades mencionadas anteriormente.

Declaro que la información contenida en este formulario es verdadera, completa y proporciona la información de modo confiable y actualizada; además declaro conocer y aceptar que es mi obligación actualizar anualmente mis datos personales, así como el comunicar y documentar de manera inmediata a AIG-Metropolitana Cía. de Seguros y Reaseguros S.A. cualquier cambio en la información que hubiere proporcionado. Durante la vigencia de la relación con la compañía me comprometo a proveer de la documentación e información que me sea solicitada.

Declaro que, a la fecha de la firma de esta declaración, he recibido el certificado de seguro que contiene resumen de las condiciones generales de la Póliza a la cual se adhiere la presente declaración y declaro conocerlas y aceptarlas.

Además, acepto recibir información comercial y promocional por canales ordinarios o electrónicos relativos a productos y servicios que AIG-Metropolitana Cía. de Seguros y Reaseguros S.A. preste actualmente o decida prestar en un futuro, conservándose con esta finalidad hasta que indique mi manifestación expresa en contrario.

Aceptada la presente solicitud de seguro, por parte de AIG-Metropolitana Cía. de Seguros y Reaseguros S.A., autorizo a la citada Aseguradora a enviar la información relacionada con mi seguro y factura al correo electrónico que consigno en la presente solicitud.

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 el contrato de seguro y la relación comercial; así como, con fines estadísticos y para efectuar estudios de perfil del consumidor.

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: También 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.

En cumplimiento de la Ley Orgánica de Protección de Datos Personales y la normativa vigente de protección de datos, con su consentimiento AIG-Metropolitana Cía. de Seguros y Reaseguros S.A. (“AIG-Metropolitana”) y sus asociadas (casa matriz, filiales, pares, subsidiarias, entidades relacionadas, socios, aliados comerciales estratégicos y proveedores) podrán realizar tratamiento de sus datos personales, los cuales incluyen recolectar, archivar, procesar, y almacenar, actualizar, realizar consultas o reportes de riesgo crediticio, transmitir dentro del territorio nacional, sus datos de contactabilidad, datos de identificación y otros necesarios para proporcionar los servicios y productos de AIG-Metropolitana y sus asociadas. AIG-Metropolitana y sus asociadas se rigen bajo lo establecido en su Política de Privacidad disponible en su sitio web: [www.aig.com.ec.,](http://www.aig.com.ec/) la que usted declara conocer.

Asimismo, da su consentimiento explícito para la transferencia internacional de datos en los términos y para las finalidades antes descritas.

**[** **]** **He** **leído** **y** **acepto** **el** **tratamiento** **para** **las** **finalidades** **descritas.**

**[** **]** **He** **leído** **y** **rechazó** **el** **tratamiento** **para** **las** **finalidades** **descritas”.**

# POLIZA MAESTRA NRO. {{ poliza }} CERTIFICADO INDIVIDUAL NRO. {{ liderseg }}

Mediante este documento, AIG-METROPOLITANA CÍA. DE SEGUROS Y REASEGUROS S.A. certifica que el seguro que usted ha contratado cubre pérdidas parciales y totales del bien asegurado de acuerdo a los montos establecidos en el presente certificado:

|  |
| --- |
| ***AMPAROS*** ***ADICIONALES:*** |
| Tipo de Cobertura Todo Riesgo |
| Responsabilidad civil hasta $40.000,00 |
| \* Accidentes personales (por ocupante) $5.000,00 vía reembolso |
| \*\* Muerte Accidental para el titular de la Póliza Dentro del vehículo asegurado $10.000,00 (Aplica para personas naturales) |
| \* Gastos médicos por ocupante $3.000,00 vía reembolso |
| Exceso de Grúa $200,00 vía reembolso |
| Amparo Patrimonial Si |
| Llave protegida (1 año) $250,00 vía reembolso (1evento al año) |
| Documentos protegidos (1 al año) $100,00 vía reembolso (1evento al año) |
| Gastos Legales vía reembolso $1000,00 (1 evento al año por proceso penal) |
| ***CLAUSULAS*** ***ADICIONALES:*** |
| Aviso de Siniestro 10 Días calendario |
| No aplicación de depreciación para partes y piezas Si |
| Par y juego Si |
| Paso de puentes y Gabarras Si |
| Tránsito por vías no entregadas oficialmente al tránsito público Si |
| Cancelación 30 días calendario |
| Cobertura vigente en caso de licencia caducada 60 Días calendario |
| Pago de primas 30 días calendario |
| RASA Si, sin costo |
| Cobertura Extraterritorial Pacto Andino, Incluye Responsabilidad Civil |
| Asistencia Vehicular Si |
| ***\*\*\**** ***AUTO*** ***SUSTITUTO:*** |
| \*\*\*\* Monto máximo Superior a $1000.00USD la proforma ajustada y la misma supere los 3 días laborables |
| Pérdidas Parciales 10 días calendario. Anual |
| Pérdidas Totales 20 días calendario. Anual |
| ***DEDUCIBLES:*** |
| Pérdida parcial todo liviano El que sea mayor por evento |

|  |
| --- |
| Valor del siniestro 10% |
| Valor del asegurado 1% |
| Mínimo $300,00 |
| Pérdida total por robo con dispositivo de rastreo y localización 10% valor asegurado |
| Pérdida total por robo sin dispositivo menores a $20.000: 15% valor asegurado |
| Pérdida total por robo sin dispositivo mayores a $20.001: 20% valor asegurado |
| Pérdida total por choque 15% Valor Asegurado |
| PÉRDIDAS PARCIALES en vehículos con 30.000 kmtrs o más al año o su equivalente proporcional (aplica el mayor  de los tres): 15% V. Siniestro, 1.5% V. segurado, Min 500USD Por evento |
| Vehículos Pesados y Uso Comercial 15% V. Siniestro, 2% V. segurado, Min 600USD Por evento / Perdida total:  20% V/Asegurado |

\* El número de ocupantes asegurados será el indicado en la matrícula del vehículo asegurado.

\*\* Como consecuencia de accidente de tránsito mientras sea conductor o pasajero del vehículo asegurado en la presente póliza.

\*\*\* Vehículos con valor asegurado entre $ 0 y $ 20,000.00 se otorga un auto gama económica, vehículos con valor asegurado entre $ 20,001.00 y $ 40,000.00 se otorga un auto gama media, vehículos con valor asegurado de $ 40,001.00 en adelante se otorga un auto gama alta.

\*\*\*\* Aplica si el valor del siniestro es superior a $ 1,000.00 y se haya emitido la orden de reparación que supere los 3 días laborables.

**Nota:** Es obligación del asegurado solicitar la actualización del valor asegurado del vehículo anualmente.

|  |  |
| --- | --- |
| Desglose de prima | |
| Valor Asegurado | {{ valor\_asegurado }} |
| Valor Extras: | {{ accesorios }} |
| Prima neta anual: | {{ prima }} |
| Super de bancos: | {{ imp\_super }} |
| Seguro campesino: | {{ imp\_camp }} |
| IVA: | {{ iva }} |
| Emisión: | {{ emision}} |
| Prima total anual: | {{ prima\_total }} |

La renovación del presente certificado es anual. La facturación será anual comprometiéndose el cliente a pagar los impuestos que corresponden a la fecha de emisión de la factura. La cobertura se mantendrá vigente mientras el (la) Asegurado(a) se encuentre al día en los pagos de la prima. El presente certificado se enmarca en las Condiciones Generales de la Póliza de Vehículos aprobadas mediante resolución de la Superintendencia de Compañías, Valores y Seguros No. SCVS-6-7-CG-34-515004420-10062020.

Vigencia de la póliza desde (12:00): {{ fecha\_ini }}

Fecha de emisión: {{ fecha\_emi }}

Vigencia del certificado desde (12:00): {{ fecha\_ini }}

Vigencia del certificado hasta (12:00): {{ fecha\_ven }}

Renovación: Anual Forma de Pago:

#### Definiciones:

**Resumen** **de** **las** **Condiciones** **Generales** **de** **la** **Póliza** **de** **Vehículos**

hubieren hecho desistir de la celebración del Contrato o inducido a

Asegurado: La persona natural o jurídica designada en la póliza, incluyendo también a cualquier otra persona que estuviere usando el vehículo asegurado o fuere responsable legalmente de tal uso, siempre que la conducción del mismo se ejerza bajo el control del Asegurado o con su anuencia.

Vehículos particulares: Se entenderá por vehículos particulares, aquellos que sean usados exclusivamente para el servicio personal del Asegurado y en ningún caso para alquilarlos o para transportar pasajeros y/o carga, mediante el cobre de renta, pasajes o flete.

Ocupantes del vehículo: Se entenderá por ocupantes, el conductor y cualquier otra persona que viaje dentro del vehículo asegurado en los lugares normalmente destinados para llevar personas.

Franquicia deducible: Es la cantidad que en cada siniestro deberá ser cubierta por el Asegurado. La Compañía cubrirá únicamente las sumas que excedan de dicha cantidad.

#### Coberturas:

Cobertura al casco del vehículo: Todo riesgo con exclusiones nombradas según condiciones generales de la póliza de Vehículos.

#### Exclusiones:

1. Vehículos utilizados para carreras o enseñanzas.
2. Vehículos sea destinado al transporte público, comercial o alquiler.
3. Multas que las autoridades impongan a consecuencia de infracciones.
4. Daños o pérdidas causadas intencionalmente por el asegurado.
5. Pérdida o daño producido por el desgaste.
6. Cualquier pérdida indirecta que sufra el asegurado tales como la privación del uso del vehículo, depreciación o pérdida del valor comercial del mismo.
7. Daños y/o lesiones que sufran ocupantes y bienes del vehículo, en lo referente a responsabilidad civil.
8. Daños o pérdidas causados a consecuencia de imprudencia temeraria o por manejar bajo influencia del alcohol o drogas.
9. Cuando la licencia del conductor del vehículo se encuentre caducada por un lapso mayor a treinta (30) días o cuando el conductor carezca de la misma. No son válidos los permisos de conducción provisional.
   1. No se cubre radios PULL OUT. Los radios de carátula desmontable, serán indemnizados únicamente si el asegurado entrega a la Compañía la carátula, y existe evidencia de forzamiento en las seguridades del vehículo.

#### Impuestos de Ley y contribuciones:

Todos los impuestos y contribuciones vigentes y por estarlo, que graven a esta póliza, serán asumidos por el asegurado.

#### Pago de Prima y Devoluciones:

El tomador del seguro está obligado al pago de la prima. Salvo disposición legal o contractual en contrario, deberá hacerlo a más tardar dentro de los 30 días siguientes contado a partir de la fecha de entrega de la póliza o de los certificados o anexos que se expidan con fundamento de ella.

#### Declaración del estado del riesgo:

El Contratante y cada Asegurado, individualmente, están obligados a declarar objetivamente, los hechos o circunstancias que determinen el estado de riesgo. La reticencia, inexactitud o falsedad de aquellas circunstancias, que conocidas por la Compañía, la

estipular condiciones más gravosas, producen la nulidad relativa del Contrato de Seguro.

#### Obligaciones del asegurado al ocurrir un siniestro:

* + 1. Proteger al vehículo, puesto que cualquier pérdida adicional por falta de protección no será indemnizada. Los gastos razonables efectuados para dar dicha protección serán considerados como si hubieran sido autorizados por la Compañía.
    2. Dará aviso a la Compañía dentro de los diez (10) días calendario siguientes a la fecha en la que se tuvo conocimiento del siniestro.
    3. Entregar a la Compañía una copia del respectivo parte policial o copia de la denuncia ante las autoridades respectivas en caso de robo.
    4. Llenar el formulario de reporte de accidente, dentro del plazo máximo de diez (10) días después de dicho aviso.
    5. En caso que existe un tercero afectado, no realizar ninguna transacción o arreglo, al hacerlo perderá el derecho a indemnización.
    6. No autorizar reparación alguna en el vehículo. Un representante de la compañía realizará la respectiva comprobación de daños y autorizará dicha reparación de ser el caso.
    7. Si el vehículo es llevado a la revisión de tránsito es obligación del propietario realizar los trámites correspondientes para el retiro y traslado del vehículo a una mecánica para la inspección y posterior autorización de reparación por parte de la Compañía.

#### Notificación de siniestros:

El Asegurado tendrá la obligación de dar aviso a la Compañía de la ocurrencia de un siniestro dentro de los diez (10) días calendario siguientes a la fecha en la que se tuvo conocimiento del mismo.

Documentos necesarios:

1. Formulario debidamente lleno
2. Licencia de conducir
3. Matrícula
4. Cédula
5. Parte policial
6. Denuncia a título personal

**Nota:** El presente certificado es un resumen de las Condiciones Generales de la Póliza de Vehículos aprobadas mediante resolución de la Superintendencia de Compañías, Valores y Seguros No. SCVS-6-7-0-CG-23 del 11 de octubre de 2018. En caso de existir una diferencia entre el presente certificado y las Condiciones Generales, regirán las existentes en la Póliza.

**Nota:** El Contratante y/Asegurado podrá solicitar a la Superintendencia de compañías, Valores y Seguros la verificación de este texto.

Para quejas o reclamos comunicarse con nuestro departamento de Servicio al Cliente al correo [servicio.cliente@aig.com](mailto:servicio.cliente@aig.com) o al 1 800 AIG AIG (244 244)

Quito: Av. Brasil 293 y Antonio Granda Centeno, Piso PB Guayaquil: Av. Rodrigo Chávez González Parque Empresarial Colón, Edificio Corporativo II, Piso 2, Of. 203 Cuenca: Av. Ordóñez Lazo 5-42 y Laureles



AIG-Metropolitana Cía. de Seguros y Reaseguros S.A.

Firma del solicitante Firma del pagador Fecha

La Superintendencia de Compañías, Valores y Seguros para efectos de control asignó al presente certificado el registro No. 49664 con oficio No. SCVS-6-7SF-162-348004423-21072023.

Nota: La vigencia del seguro empieza a la recepción y aceptación de esta solicitud por AIG-Metropolitana Cía. de Seguros y Reaseguros S.A., quien se reserva el derecho de aceptar el riesgo y otorgar cobertura una vez recibida la solicitud. Aplican condiciones y restricciones.

**CONSENTIMIENTO PARA EL TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES**

(Documento obligatorio para la contratación de un producto o servicio)

**1. Marco Legal**

**ATLÁNTIDA INSURANCE INSURATLANTIDA S.A.** solicita autorización expresa para el tratamiento de sus datos personales, de conformidad con lo dispuesto en el artículo 66 numeral 19 de la Constitución del Ecuador, la Ley Orgánica de Protección de Datos Personales (LOPDP) y su Reglamento (RGLOPDP) y demás legislación conexa vigente en el Ecuador. El tratamiento de sus datos personales se realizará bajo los siguientes términos:

**2. Datos Recolectados**  
Los datos personales recopilados, incluyen, entre otros:

* Información de identificación (nombres y apellidos, cédula, dirección, contacto, teléfono, correo electrónico, imagen).
* Información financiera, información crediticia, datos financieros, historial de crédito, historial judicial, estatus migratorio, bienes asegurados, preferencias, imagen
* Datos sensibles (historial médico, datos de salud, exámenes de salud, recetas).
* Información necesaria para la prestación de servicios y cumplimiento legal.

**3. Finalidades del Tratamiento**  
Sus datos se utilizarán para los siguientes fines:

* Cumplir con el contrato, obligaciones contractuales y legales, así como normativa vigente.
* Brindar servicios, evaluar perfiles y preferencias.
* Evaluar y perfilar usuarios y clientes en relación con los servicios ofrecidos.
* Comunicar ofertas, promociones o campañas publicitarias.
* Realizar transacciones, validaciones y prevenir fraudes.
* Contactarlo con fines informativos.
* Ofrecerle nuestros productos y los de nuestros socios, asociados y relacionadas.
* Realizar transacciones, validaciones o gestiones en línea.
* Verificar con las entidades pertinentes, incluyendo organismos públicos.
* Contactarnos por teléfono, mensaje de datos o correo electrónico.
* Enviar comunicaciones comerciales y generales.
* Usar sus datos personales, imagen y voz en campañas publicitarias y promocionales.

**4. Cesión a Terceros**  
Sus datos podrán ser compartidos con:

* **Aliados estratégicos, relacionadas, auditores y autoridades y entidades de control** para gestionar servicios o cumplir normativas.
* **Empresas de mensajería, archivo, call centers y entidades de control** para comunicación, almacenamiento, y seguridad.
* **Proveedores de servicios y tecnológicos** para prestación de servicios y cumplimiento del contrato, así como diseño y protección de plataformas.
* **Entidades proveedoras de Seguros** para la contratación de servicios, en cumplimiento del contrato y para la ejecución del mismo.

**5. Cesión o Transferencias de datos personales a Terceros**

Los datos personales del titular podrán ser transferidos a terceros en función de la autorización provista en el presente documento. Así mismo podrán ser transferidos a sucesores legales solo para continuidad de operaciones y servicios.

**6. Transferencias Internacionales**  
El titular autoriza la transferencia de sus datos personales fuera de Ecuador, en cuyo caso se garantizarán estándares de protección equivalentes a los exigidos por la LOPDP.

**7. Seguridad y Confidencialidad**

**ATLÁNTIDA INSURANCE INSURATLANTIDA S.A.** garantiza la confidencialidad en el tratamiento de datos personales del Titular, cumpliendo con la LOPDP y su Reglamento. Implementamos estrictas medidas de seguridad para prevenir el acceso no autorizado, uso indebido, pérdida o destrucción de sus datos. Nos comprometemos a mantener la integridad y disponibilidad de sus datos, limitando el acceso a personal autorizado y solo para los fines especificados en nuestro Aviso de Privacidad, de acuerdo con lo establecido en los artículos 37 y 39 de la LOPDP y los artículos 59 y 60 del RGLOPDP.

**8. Conservación de Datos**

Sus datos se conservarán durante la relación comercial y el plazo legal posterior para cumplir obligaciones o resolver posibles reclamos. Luego, se eliminarán de forma segura.

**9. Derechos del Titular**  
Usted en calidad de Titular de los datos personales que entrega puede:

* Acceder, rectificar, actualizar, eliminar u oponerse al tratamiento de sus datos.
* Revocar su consentimiento (sin afectar tratamientos previos).
* Solicitar portabilidad o evitar decisiones automatizadas.

**Para ejercer sus derechos** o ante cualquier interrogante le solicitamos se contacte con el Delegado de Protección de Datos Personales a través de los siguientes medios:

* **Correo electrónico**: [datospersonalesgsa@suratlantida.com](https://mailto:datospersonalesgsa@suratlantida.com/)
* **Dirección física**: Cualquiera de los establecimientos físicos de ATLÁNTIDA INSURANCE INSURATLANTIDA S.A.

Para una información más detallada, le invitamos a consultar nuestra **Política de Privacidad**, la cual se encuentra disponible en el **sitio web oficial de ATLÁNTIDA INSURANCE INSURATLANTIDA S.A.:**<https://suratlantida.com>.

**11. Aceptación y Consentimiento**

En mi calidad de Titular de datos personales declaro que he recibido información adecuada sobre mis derechos relacionados con el tratamiento de mis datos personales y entiendo claramente los fines para los que se utilizarán.

**Otorgo mi consentimiento de manera libre, informada, específica e inequívoca para que ATLÁNTIDA INSURANCE INSURATLANTIDA S.A. trate mis datos personales según las finalidades descritas en este documento.**

|  |  |
| --- | --- |
| **Nombre y Apellidos del Cliente** | **{{ nombre }}** |
| **Cédula de ciudadanía:** | **{{ numero\_id }}** |
| **Fecha:** | **{{ fecha\_ini }}** |
| **Firma de aceptación y consentimiento** |  |