



CIA. INTERNACIONAL DE SEGUROS, S. A.
REQUISITOS PARA LA PRESENTACIÓN DE UN RECLAMO DE AUTOMÓVIL

ASEGURADO	Recibido	AFECTADO	Recibido
Documentos requeridos en todos los casos	SI NO	Documentos requeridos en todos los casos	SI NO
Llamar a Asistencia Express	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	ORIGINAL de Resolución del Tránsito o FUD	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Reporte de Accidente de Automóviles (firmado)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Copia de la cédula del propietario del auto	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Copia de Cédula del Asegurado	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Copia de Cédula y Licencia del Conductor	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Copia de Cédula y licencia del Conductor	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Copia del Registro Unico Vehicular (último)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Copia del Registro Unico Vehicular (último)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Presupuesto de Mano de Obra	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Copia de la Boleta de Citación o FUD	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Carta de Elección de Taller Completada y Firmada	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Carta de Elección de Taller Completada y Firmada	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Fotos e inspección del auto	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Presupuesto de Mano de obra	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		
Deducible pagado	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		
El saldo de la Póliza se encuentra al día.	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		

Documentos adicionales según la cobertura afectada

ROBO	SI NO	LESIONES CORPORALES	SI NO
Copia de la Denuncia en la DIJ	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Resolución del Tránsito o Autoridad Competente	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
		Copia del certificado del Médico Forense	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
GASTOS MÉDICOS	SI NO	Facturas originales por atención médica hospitalaria	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Copia del Registro de Urgencia del Centro Hospitalario donde fue atendido.	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Última ficha de S.S. o declaración de renta	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Facturas originales por compra de medicamentos con sus respectivas recetas médicas.	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Facturas originales por compra de medicamentos con sus respectivas recetas médicas.	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Facturas originales por atención médica hospitalaria	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Copia del Registro de Urgencia del Centro Hospitalario donde fue atendido.	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
		Carta de trabajo.	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
		EN CASO DE MUERTE (Asegurado/Afectado)	SI NO
		Copia del protocolo de Necropsia	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
		Acta de defunción	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
		Certificado de Nacimientos del fallecido	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
		Copia de la cédula del fallecido	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
		Copia del Certificado de nacimiento de los padres del fallecido.	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
		Copia de la cédula de los padres del fallecido.	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
		Copia del testamento o Resolución de Juicio de Sucesión	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
		Resolución de Guarda y Crianza por el Tribunal Tutelar de Menores	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

Observaciones:

Nota Importante: Las facturas y los recibos presentados deben ser los originales y cada uno debe contener el número de RUC, el membrete correspondiente, dígito verificador y numeración impresa. Las facturas de los medicamentos deben venir con el detalle del nombre de los medicamentos, la cantidad y el precio de cada uno y la respectiva receta médica.

_____ **Asegurado** _____ **Fecha** _____

Les agradecemos cumplir con los requisitos arriba señalados, para que su reclamo sea procesado oportunamente