



## DECLARACIÓN DE ACCIDENTES DE VEHÍCULOS

**MATRIZ - QUITO:** Av. De Los Naranjos N44-463 y Azucenas • Telf.: (02) 2997-500 / Fax: (02) 2467-983. **SUCURSAL QUITO SUR:** Teodoro Gómez De La Torre, diagonal al parqueadero posterior del C.C. El Recreo, local 3 y 4 • Telf.: (02) 2610-032 (02) 2619-819. **AMBATO:** Av. Rodrigo Pachano 13 - 109 y Juan Montalvo, Sector Ficoa. • Telf.: (03) 2828-211 / (03) 2828-213 / (03) 2829-299. **FRANCISCO DE ORELLANA (EL COCA):** Av. Quito entre Guayaquil Y Jorge Rodríguez - Junto a la Cruz Roja • Telf.: (06) 2883-276 / (06) 2881-511 / (06) 2883-655. **CUENCA:** Federico Proaño 365 y Honorato de Loyola (a dos cuadras de Pizza Hut) • Telf.: (07) 2819-721 / (07) 2819-964. **IBARRA:** Victoria Castello Chiriboga 657 y Galo Plaza Lasso, atrás del C.C. La Plaza • Telf.: (06) 2630-920 / (06) 2630-868. **LOJA:** Av. Orillas del Zamora y Segundo Puertas Moreno • (07) 2560-991 / (07) 2587-677. **MACHALA:** Av. 25 de Junio Km 4 1/2, vía a Pasaje • (07) 2980-649 / (07) 2981-063 / (07) 2982-387 / 0985032020 / 0998445197. **MANTA:** Calle M1 entre las calles 23 y 24, diagonal al Oro Verde Manta, edificio "Manta Business Center", planta baja • Telf.: 099 746 0040 / 0998445195. **PORTOVIEJO:** Av. Manabí y Granda Centeno, frente a la pista del aeropuerto • Telf.: (05) 2564-566 / (05) 2563-494 / (05) 2563-647 / (05) 2563-508 / (05) 2563- 669. **RIOBAMBA:** Duchicela N18-59 y calle Princesa Toa, atrás del Estadio Olímpico de Riobamba • Telf.: (03) 2943899 - (03) 2942840 - (03) 2942830 - (03)2941063. **STO. DOMINGO:** Av. Los Naranjos S/N y Av. Quito, 3er Piso (frente al SRI) • Telf.: (02) 2751-377 / (02) 2762-006. **LÍNEA DE ASISTENCIA:** • Telf.: (02) 3998-800 / (09) 9555-3333

Asegurado: \_\_\_\_\_ Correo electrónico : \_\_\_\_\_  
Dirección: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_  
Póliza: \_\_\_\_\_ Ítem: \_\_\_\_\_ Agente Broker: \_\_\_\_\_

### VEHÍCULO ASEGURADO

Marca: \_\_\_\_\_ Modelo: \_\_\_\_\_ Tipo: \_\_\_\_\_ Color: \_\_\_\_\_  
Placa: \_\_\_\_\_ Motor: \_\_\_\_\_ Chasis: \_\_\_\_\_  
Detalle de daños: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

¿Dónde se halla el vehículo para su inspección? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

### DATOS DEL ACCIDENTE

Lugar: \_\_\_\_\_ Velocidad: \_\_\_\_\_  
Fecha: \_\_\_\_\_ Viniendo de: \_\_\_\_\_  
Hora: \_\_\_\_\_ Con dirección a: \_\_\_\_\_

Explique detalladamente cómo ocurrió el accidente: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

A juicio del conductor del vehículo asegurado. ¿Quién es el responsable del accidente? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

### CONDUCTOR DEL VEHÍCULO ASEGURADO

Nombres y Apellidos: \_\_\_\_\_  
Dirección: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_  
Relación con el asegurado: \_\_\_\_\_  
Cédula de identidad: \_\_\_\_\_ Categoría: \_\_\_\_\_ Expedido en: \_\_\_\_\_  
Válido hasta: \_\_\_\_\_

## DATOS SOBRE EL CONTRARIO

### Vehículo:

Marca: \_\_\_\_\_ Modelo: \_\_\_\_\_ Placa: \_\_\_\_\_ Color: \_\_\_\_\_

Asegurado en la compañía: \_\_\_\_\_ Póliza N°.: \_\_\_\_\_

Nombre Propietario: \_\_\_\_\_

Dirección Domicilio: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Nombre Conductor: \_\_\_\_\_

Dirección Domicilio: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Intervinieron otros vehículos o resultaron perjudicados, facilite los datos.

### Detalle de Daños:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

¿Dónde se halla el vehículo para la inspección? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Testigos del accidente ( nombres y direcciones ): \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

## INTERVENCIÓN DE AUTORIDADES

¿Qué agentes tomaron nota del parte? \_\_\_\_\_

¿Qué juzgado interviene en el caso? \_\_\_\_\_

¿Está detenido el conductor? \_\_\_\_\_

Lugar donde se recibe asistencia médica ( indicar nombres, direcciones y médicos tratantes ): \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Los lesionados son para el asegurado familia \_\_\_\_\_ Parentesco \_\_\_\_\_

Amigo \_\_\_\_\_ Socio \_\_\_\_\_ Obrero \_\_\_\_\_ Empleado \_\_\_\_\_

Indique los ocupantes del vehículo asegurado: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Observaciones del asegurado: \_\_\_\_\_

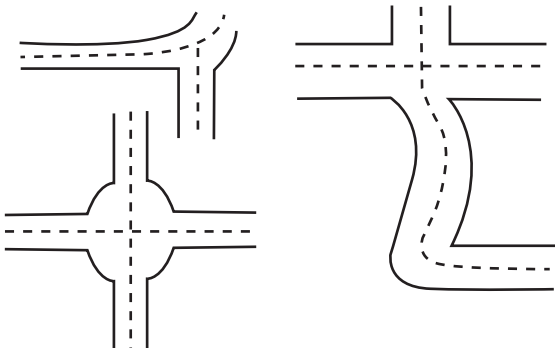
\_\_\_\_\_

El que suscribe declara que los datos son verdaderos en todas sus partes

\_\_\_\_\_ Firma del Asegurado

En \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20 \_\_\_\_\_

Nota: La falsa declaración dará lugar a la negativa del caso por la compañía.



## DATOS DEL ACCIDENTE

Márquese la posición del choque, la víctima y la dirección que uno llevaba o la de ambos vehículos, si se trata de un choque, le solicitamos la mayor exactitud en el dibujo.

Marque también la situación de las aceras, vías, bordes de la carretera, que puedan orientar o formar una idea del lugar y la posición de los vehículos o personas que intervinieron en el accidente. ( Si no adapta alguno de estos gráficos favor hacer croquis ).