



Sucursal Cuenca
Esmeraldas y Del Batan, Edif. Totems PB
Teléfonos: 0740904943 - 072819099 Ext.1305
e-mail: dabad@generali.com.ec

REQUISITOS INDISPENSABLES PARA LA ATENCION DEL SINIESTRO

Formulario de Denuncia original firmado y sellado por el Asegurado
Copia de la matrícula actualizada
Copia de la cedula y licencia del conductor al momento del accidente
copia de la Cédula del Asegurado
Parte Policial o Denuncia ante las Autoridades si le causaron daño
Copia del Nombramiento y cédula del Representante Legal y RUC
Formulario aprobado por la Superintendencia de Bancos y Seguros

DENUNCIA DE ACCIDENTE DE AUTO - VEHICULOS

ASEGURADO : _____ POLIZA # : _____

DIRECCION : _____ TELEFONO : _____

DIRECCION DE CORREO ELECTRONICO: _____

CARACTERISTICAS DEL VEHICULO:

MARCA : _____ TIPO : _____ AÑO : _____

MOTOR : _____ CHASIS : _____ USO : _____

PLACA : _____ COLOR : _____ VALOR ASEGURADO : _____

INFORMACIÓN SOBRE EL CONDUCTOR:

NOMBRES : _____ LICENCIA # : _____ TIPO: _____

APELLIDOS : _____ EDAD : _____ TELEFONO: _____

DETALLES DE ACCIDENTES :

FECHA DE OCURRENCIA: _____ HORA _____

LUGAR (CIUDAD Y DIRECCION) : _____

DETALLAR COMO SE PRODUJO: _____

Favor dibujar un croquis sobre el lugar y las condiciones en que se produjeron los hechos:



CAUSA DEL SINIESTRO: _____

DAÑOS SUFRIDOS POR EL VEHICULO ASEGURADO : _____

DAÑOS A TERCEROS (DESCRIPCION DE PERSONAS Y/O BIENES): _____

INTERVENCION POLICIAL: _____

OBSERVACIONES : _____

TALLER DE REPARACION DEL VEHICULO:

DESIGNADO POR LA COMPAÑÍA CONCESIONARIO OTRO (Si escoge otro llenar el siguiente párrafo)

Informo a ustedes que el vehículo arriba detallado será reparado en _____, taller de mi confianza, razón por la cual deslindo de responsabilidad a ustedes como Compañía de Seguros ante cualquier inconveniente que se presente en mi vehículo, una vez reparado y entregado por el taller.

AGENTE / BROKER: _____ LUGAR Y FECHA : _____

Con el objeto de preservar, ambas partes, los respectivos intereses en lo referente a la protección y responsabilidad en el manejo de la información personal, comercial, patrimonial o de cualquier otra naturaleza, que la Empresa y el Asegurado/Beneficiario intercambien durante la vigencia de la relación jurídica, ambas partes reconocen expresamente la importancia de mantener la seguridad y confidencialidad de dicha información, salvo de aquella que por disposición de la Constitución o de la ley pueda ser considerada pública. Y el Asegurado/Beneficiario por su parte autoriza a la Empresa compartir su información solo en caso de que la misma sea requerida por vía judicial, administrativa y/o gubernamental; en definitiva por requerimiento legal de autoridad competente o que su uso sea necesario para fines de la operatividad y coberturas propias del contrato de seguro.

FIRMA Y/O SELLO DEL ASEGURADO

NOTA: Este Formulario debe ser llenado y firmado únicamente por el Asegurado



GENERALI

Sucursal Cuenca
 Esmeraldas y Del Batan, Edif. Totems PB
 Teléfonos: 0740904943 - 072819099 Ext.1305
 e-mail: dabad@generali.com.ec

REQUISITOS INICIALES PARA LA ATENCION DEL SINIESTRO:
 - Formulario de Denuncia original firmado y sellado por el Asegurado
 - Copia de la Cédula y Licencia del Conductor al momento del robo
 - Copia de la Cédula del Asegurado
 - Denuncia ante la Fiscalía, OIAT,PTJ(ROBO TOTAL), solo Fiscalía R.PARCIAL
 - Copia de la Matrícula actualizada
 - Reporte a la Cia.de rastreo satelital sobre la notificacion del Robo Total
 - Copia del Nombramiento y cédula del Representante Legal, RUC
Formulario aprobado por la Superintendencia de Bancos y Seguros

DENUNCIA POR ROBO PARCIAL Y/O TOTAL DE VEHICULOS

ASEGURADO : _____ POLIZA: _____

DIRECCION : _____ TELEF.: _____

DIRECCION DE CORREO ELECTRONICO: _____

CARACTERISTICAS DEL VEHICULO:

MARCA : _____ MODELO: _____ AÑO : _____

MOTOR : _____ CHASIS : _____ USO: _____

PLACA : _____ COLOR : _____ KILOMETRAJE: _____

VALOR ASEGURADO: _____ TIENE DISPOSITIVO SATELITAL: _____ CON QUÉ EMPRESA: _____

INFORMACIÓN SOBRE EL CONDUCTOR:

VINCULO CON EL ASEGURADO: _____

NOMBRES Y APELLIDOS : _____ LICENCIA #: _____ CATEGORIA: _____

DIRECCION DEL DOMICILIO: _____ EDAD: _____ TELEFONO: _____

DETALLES DEL ROBO :

FECHA DE OCURRENCIA: _____ HORA DE OCURRENCIA: _____

LUGAR (CIUDAD Y DIRECCION) : _____

CAUSA DEL SINIESTRO: _____

EXPLICAR DETALLDAMENTE COMO SE PRODUJO:
(PUEDE CONTINUAR ATRÁS DE ESTE DOCUMENTO)

ACCESORIOS SUSTRaidOS : _____

FECHA Y HORA DE PRESENTACION DE LAS DENUNCIAS:

FISCALIA: _____ COMISION DE TRANSITO -O.I.A.T.-: _____

POLICIA JUDICIAL: _____ DISPOSITIVO SATELITAL: _____

INTERVENCION POLICIAL?: _____

OBSERVACIONES : _____

TALLER DE REPARACION DEL VEHICULO EN CASO DE ROBO DE ACCESORIOS:

DESIGNADO POR LA COMPAÑIA CONCESIONARIO OTRO (Si escoge otro llenar el siguiente párrafo)

Informo a ustedes que el vehículo arriba detallado será reparado en _____, taller de mi confianza, razón por la cual deslindo de responsabilidad a ustedes como Compañía de Seguros ante cualquier inconveniente que se presente en mi vehículo, una vez reparado y entregado por el taller.

AGENTE / BROKER: _____ LUGAR Y FECHA: _____

Con el objeto de preservar, ambas partes, los respectivos intereses en lo referente a la protección y responsabilidad en el manejo de la información personal, comercial, patrimonial o de cualquier otra naturaleza, que la Empresa y el Asegurado/Beneficiario intercambian durante la vigencia de la relación jurídica, ambas partes reconocen expresamente la importancia de mantener la seguridad y confidencialidad de dicha información, salvo de aquella que por disposición de la Constitución o de la ley pueda ser considerada pública. Y el Asegurado/Beneficiario por su parte autoriza a la Empresa compartir su información solo en caso de que la misma sea requerida por vía judicial, administrativa y/o gubernamental; en definitiva por requerimiento legal de autoridad competente o que su uso sea necesario para fines de la operatividad y coberturas propias del contrato de seguro.

FIRMA Y/O SELLO DEL ASEGURADO

NOTA: Este Formulario debe ser llenado y firmado únicamente por el Asegurado