

DEPARTAMENTO DE VEHÍCULOS
AVISO DE SINIESTRO

Póliza N°: _____ Vigente: Desde el _____ de _____ del _____ SINIESTRO N°: _____
Hasta el _____ de _____ del _____

ASEGURADO	Nombre: _____ Ocupación: _____
	Domicilio: _____
	Teléfono del Domicilio: _____ Teléfono del Trabajo: _____
	E-mail: _____ Celular: _____

VEHÍCULO	Marca: _____ Año: _____ Tipo: _____ Capacidad: _____
	Placa N°: _____ Motor: _____
	Chasis: _____ Color: _____

CONDUCTOR DEL VEHICULO EN EL MOMENTO DEL ACCIDENTE	Nombre: _____ Edad: _____
	Domicilio: _____ Celular: _____
	Licencia N°: _____ Tipo: _____
	¿Qué parentesco o relación tiene con el asegurado?: _____ E-mail del Conductor: _____

DETALLES DEL ACCIDENTE	Fecha: _____ Hora: _____ Ciudad: _____
	Dirección del accidente: _____
	A juicio del conductor del vehículo asegurado, ¿Quién es el responsable del accidente?: _____
	¿Viajaba su carro por calle preferencial?: _____
	Sírvase hacer una descripción completa del accidente y las circunstancias que lo motivaron: _____ _____ _____ _____

OCUPANTES:	¿Cuántas personas viajaban en el vehículo al momento del accidente? _____												
	<table border="1"><thead><tr><th>Nombres Completos</th><th>Dirección</th><th>Teléfono</th></tr></thead><tbody><tr><td>_____</td><td>_____</td><td>_____</td></tr><tr><td>_____</td><td>_____</td><td>_____</td></tr><tr><td>_____</td><td>_____</td><td>_____</td></tr></tbody></table>	Nombres Completos	Dirección	Teléfono	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
	Nombres Completos	Dirección	Teléfono										
	_____	_____	_____										
_____	_____	_____											
_____	_____	_____											

TESTIGOS:	Nombre y celular de testigos independientes o espectadores: _____ _____
------------------	---

PARTE POLICIAL:	¿Existió parte policial?: _____ Nombre y/o número del agente de tránsito o civil?: _____ En caso de no existir parte policial, explique el por qué la razón? _____ _____
----------------------------	---

DAÑOS AL VEHÍCULO ASEGURADO:

¿Cuáles son los daños ocasionados a su vehículo?

¿Dónde y cuándo será examinado su vehículo?

DAÑOS A TERCERAS PERSONAS:

DAÑOS A TERCEROS

DAÑOS CAUSADOS POR TERCEROS

Propietario: _____ Domicilio: _____ Teléfono: _____

Nombre y Apellido del conductor: _____ Licencia: _____

Domicilio: _____

Tipo de Vehículo: _____ Marca: _____ Año: _____ Placa: _____

Detalle de los daños ocasionados

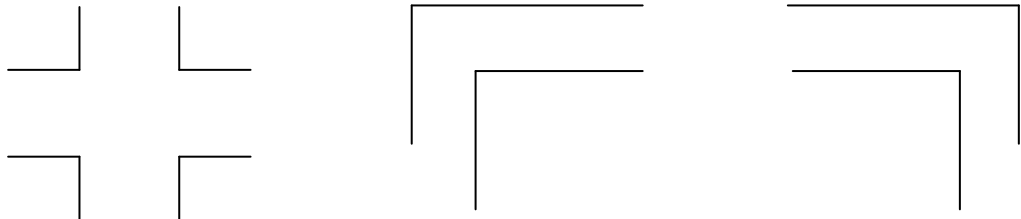
¿Tiene seguro el otro vehículo? _____ ¿En qué Compañía? _____

DETALLES COMPLETOS:

a) Lesiones personales:

b) Daños a propiedad de terceros:

CROQUIS DEL LUGAR DEL ACCIDENTE:



Autorizo a la Compañía de Seguros Ecuatoriano Suiza S.A. a verificar y solicitar fotocopias de toda la documentación que tenga relación con este siniestro.

Declaro que la información antes expresada es exacta en todos sus detalles y que estoy listo a presentar a la compañía toda la asistencia y apoyo para la buena liquidación de este siniestro. La falsedad en cualquier información proporcionada dejará sin efecto la reclamación efectuada.

Fecha: _____

Firma del Asegurado

C.I.: _____

Nota: La Superintendencia de Compañías, Valores y Seguros para efectos de control asignó al presente formulario el número de registro 42086, el 05 de agosto de 2016.