

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?: _____ Sírvasse 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" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 40%;">Nombres Completos</th> <th style="width: 30%;">Dirección</th> <th style="width: 30%;">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

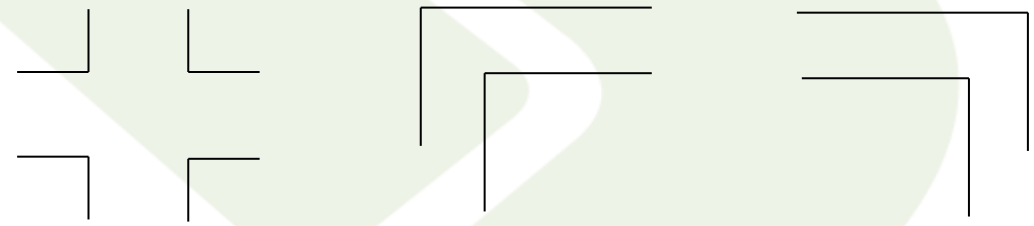
¿Tiene seguro el otro vehículo? _____ ¿En qué Compañía? _____

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 SCVS-6-7-0-SF-45, el 24 de Octubre de 2017.