

**COMPAÑÍA DE SEGUROS ECUATORIANO SUIZA S. A.**  
**SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES**  
**AVISO DE SINIESTRO**  
**ACCIDENTE**

**INFORMACIÓN DEL ASEGURADO**

Nombre	:			
Cédula de Identidad	:		Fecha de Nacimiento	:
Dirección	:			
Ciudad	:		Provincia	:
Email	:			
APS	:			

**INFORMACIÓN DEL SINIESTRO**

Póliza	:		Endoso	:
Fecha	:		Hora	:
Causa	:			
Lugar	:			
Ciudad	:		Provincia	:

1. Detalle el evento

---

---

---

2. ¿Recibió atención médica en algún centro médico, hospital o clínica? SI  NO   
En caso de ser afirmativa su respuesta dar detalles

---

---

---

3. ¿Intervino alguna autoridad al momento del accidente? SI  NO   
En caso de ser afirmativa su respuesta dar detalles

---

---

---

4. ¿Tiene seguros de accidentes personales en otra compañía? SI  NO   
En caso de ser afirmativa su respuesta especificar nombre y monto del seguro

---

---

---

Autorizo a COMPAÑIA DE SEGUROS ECUATORIANO SUIZA S.A. a verificar y solicitar toda la documentación que tenga relación con este siniestro reportado.

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 liquidación de este siniestro. La falsedad en cualquier información proporcionada conllevará a la pérdida de derecho a la indemnización según las condiciones de la Póliza.

Lugar y Fecha:

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

El Asegurado podrá solicitar a la Superintendencia de Compañías, Valores y Seguros la verificación de este texto.

Nota: La Superintendencia de Compañías, Valores y Seguros para efectos de control asignó al presente formulario el número de registro 42440, el 12 de Octubre de 2016.