EcuaSuiza Seguros

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 su detalles y que estoy listo a presentar a la Compañía todo la asistencia y apoyo para la liquidación de este siniestro. La falsedad, inexactitud o error 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 SCVS-3-4-SF-47-83004423, el 18 de Abril de 2023.