



DECLARACIÓN DE ACCIDENTES DE VEHÍCULOS

MATRIZ - QUITO: Av. De Los Naranjos N44-463 y Azucenas • Telf.: (02) 2997-500 / Fax: (02) 2467-983. **AMBATO:** Ficoa Av rodrigo Pachano 13-103 y Juan Montalvo • Telf.: (03) 2828211 / (03) 2828213. **FRANCISCO DE ORELLANA (EL COCA):** Av. Quito entre Guayaquil y Jorge Rodríguez - Junto a la Cruz Roja • Telf.: (06) 2881511 Ext. 4101. **CUENCA:** Av. Federico Proaño 365 y Honorato de Loyola • Telf.: (593 7) 2819 721 ext. 11. **IBARRA:** Victoria Castelo Chiriboga y Galo Plaza Lasso Esquina • Telf.: (06) 2630920 / (06) 2630868. **LOJA:** Av. Orillas del Zamora y Segundo Puertas Moreno • Telf.: (593 7) 2560991 / 2587677. **MACHALA:** Urbanización Ciudad del Sol Mz. L1 • 2797087 / 2797089. **MANTA:** Av. M1 entre calles 23 y 24 esq., Edif. Manta Business Center • Telf.: (593 5) 2626-503 / 2625751. **PORTOVIEJO:** Av. Manabí y Granda Centeno (Frente al Aeropuerto) • Telf.: (05) 2563669 / 2563508 / 2563647 / 2563494 / 0991314659 / 0991476616. **RIOBAMBA:** Uruguay y AV Daniel León Borja • Telf.: (03) 2941 063 / 2943 899 / 0984020332. **STO. DOMINGO:** Av. Río Lelia, diagonal al Hospital del IESS • Telf.: (593 2) 2762006 (593 2) 2751-377. **LÍNEA DE ASISTENCIA:** • Telf.: (02) 3998-800 / (09) 9555-3333.

Asegurado: _____ Correo electrónico : _____
Dirección: _____ Teléfono: _____
Póliza: _____ Ítem: _____ Agente Broker: _____

VEHÍCULO ASEGURADO

Marca: _____ Modelo: _____ Tipo: _____ Color: _____
Placa: _____ Motor: _____ Chasis: _____
Detalle de daños: _____

¿Dónde se halla el vehículo para su inspección? _____

DATOS DEL ACCIDENTE

Lugar: _____ Velocidad: _____
Fecha: _____ Viniendo de: _____
Hora: _____ Con dirección a: _____

Explique detalladamente cómo ocurrió el accidente: _____

A juicio del conductor del vehículo asegurado. ¿Quién es el responsable del accidente? _____

CONDUCTOR DEL VEHÍCULO ASEGURADO

Nombres y Apellidos: _____
Dirección: _____ Teléfono: _____
Relación con el asegurado: _____
Cédula de identidad: _____ Categoría: _____ Expedido en: _____
Válido hasta: _____

DATOS SOBRE EL CONTRARIO

Vehículo:

Marca: _____ Modelo: _____ Placa: _____ Color: _____

Asegurado en la compañía: _____ Póliza N°.: _____

Nombre Propietario: _____

Dirección Domicilio: _____ Teléfono: _____

Nombre Conductor: _____

Dirección Domicilio: _____ Teléfono: _____

Intervinieron otros vehículos o resultaron perjudicados, facilite los datos.

Detalle de Daños: _____

¿Dónde se halla el vehículo para la inspección? _____

Testigos del accidente (nombres y direcciones): _____

INTERVENCIÓN DE AUTORIDADES

¿Qué agentes tomaron nota del parte? _____

¿Qué juzgado interviene en el caso? _____

¿Está detenido el conductor? _____

Lugar donde se recibe asistencia médica (indicar nombres, direcciones y médicos tratantes): _____

Los lesionados son para el asegurado familia _____ Parentesco _____

Amigo _____ Socio _____ Obrero _____ Empleado _____

Indique los ocupantes del vehículo asegurado: _____

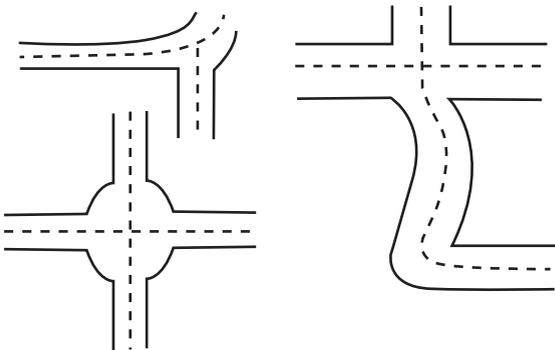
Observaciones del asegurado: _____

El que suscribe declara que los datos son verdaderos en todas sus partes _____

Firma del Asegurado

En _____ a _____ de _____ de 20 _____

Nota: La falsa declaración dará lugar a la negativa del caso por la compañía.



DATOS DEL ACCIDENTE

Márquese la posición del choque, la víctima y la dirección que uno llevaba o la de ambos vehículos, si se trata de un choque, le solicitamos la mayor exactitud en el dibujo.

Marque también la situación de las aceras, vías, bordes de la carretera, que puedan orientar o formar una idea del lugar y la posición de los vehículos o personas que intervinieron en el accidente. (Si no adapta alguno de estos gráficos favor hacer croquis).