

DECLARACIÓN DE ACCIDENTES DE VEHÍCULOS

MATRIZ - QUITO: De Los Naranjos N44-463 y Av. Azucenas • Telf.: (02) 2997-500 / (02) 2997-527. **SUCURSAL QUITO SUR:** Teodoro Gómez De La Torre, diagonal al parqueadero posterior del C.C. El Recreo, Local 3 y 4 • Telf. (02) 2610-032 / (02) 2619-819. **AMBATO:** Av. Rodrigo Pachano 13 - 109 y Juan Montalvo, Sector Ficoa • Telf.: (03) 2828-211 / (03) 2828-213 / (03) 2829-299. **FRANCISCO DE ORELLANA (EL COCA):** Enrique Castillo 32-01 y Quito (Esquina) Telf.: (06) 2883-276 / (06) 2881-511. **CUENCA:** Federico Proaño 365 y Honorato de Loyola (a dos cuadras de Pizza Hut) • Telf.: (07) 2819-721 / (07) 2819-964. **IBARRA:** Victoria Castillo Chiriboga 657 y Galo Plaza Lasso, atrás del C.C. La Plaza • Telf.: (06) 2630-920 / (06) 2630-868. **LOJA:** Av. Orillas del Zamora y Segundo Puertas Moreno • Telf.: (07) 2560-991 / (07) 2587-677. **MACHALA:** Av. 25 de Junio Km 4 1/2, vía a Pasaje • Telf.: (07) 2985-563 / (07) 2985-569. **MANTA:** Calle M3 y Av. 24 Edificio Fortaleza, local 2A • Telf.: (05) 2625-751 / (05) 2626-503. **PORTOVIEJO:** Av. Manabí y Granda Centeno, frente a la pista del aeropuerto • Telf.: (05) 2564-566 / (05) 2563-494. **RIOBAMBA:** Duchicela N18-59 y calle Princesa Toa • Telf.: (03) 2951-320 / (03) 2941-063. **STO. DOMINGO:** Av. Los Naranjos S/N y Av. Quito, 3er Piso (frente al SRI) • Telf.: (02) 2751-377 / (02) 2762-006.

LÍNEA DE ASISTENCIA: • Telf.: (02) 3998-800 / (09) 9555-3333

Asegurado: _____ Sinistro N°: _____
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: _____ Tipo: _____ Placa: _____ Color: _____

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

Propietario: _____

Dirección: _____ Teléfono: _____

Conductor: _____

Dirección: _____ 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: _____

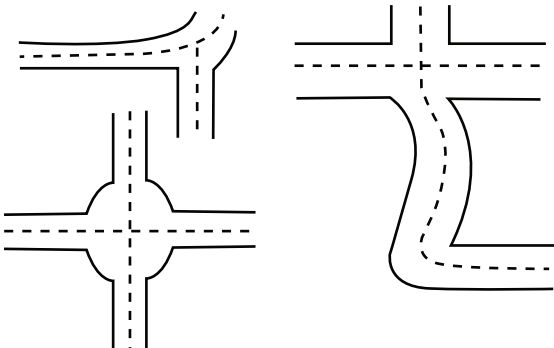
Observaciones del asegurado: _____

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).