



Generali Ecuador Compañía de Seguros S.A.
Edif. World Trade Center Torre B Piso 15
Teléfonos: 2630170 Ext.1125-1126-1140-1142 Fax: 2630212
e-mail: gtorres@generali.com.ec

REQUISITOS INICIALES PARA LA ATENCION DEL SINIESTRO POR ROBO
Formulario de Denuncia original firmado y sellado por el Asegurado
- Copia de la Cédula y Licencia del Conductor al momento del robo
- Copia de la Cédula del Asegurado
- Denuncia ante la Fiscalía, OIAT, PTJ (ROBO TOTAL), solo Fiscalía R. PARCIAL
- Copia de la Matrícula actualizada a nombre del Asegurado
- Reporte a la Cia. de rastreo satelital sobre la notificación del Robo Total
- Copia del Nombramiento y cédula del Representante Legal, RUC
NOS RESERVAMOS EL DERECHO DE SOLICITAR MAS DOCUMENTOS, SI EL CASO AMERITA

DENUNCIA POR ROBO PARCIAL Y/O TOTAL DE VEHICULOS

ASEGURADO : _____ POLIZA: _____

DIRECCION : _____ TELEF.: _____

DIRECCION DE CORREO ELECTRONICO: _____

CARACTERISTICAS DEL VEHICULO:

MARCA : _____ MODELO: _____ AÑO : _____

MOTOR : _____ CHASIS : _____ USO: _____

PLACA : _____ COLOR : _____ KILOMETRAJE: _____

VALOR ASEGURADO: _____ TIENE DISPOSITIVO SATELITAL: _____ CON QUÉ EMPRESA; _____

INFORMACIÓN SOBRE EL CONDUCTOR: _____ **VINCULO CON EL ASEGURADO:** _____

NOMBRES Y APELLIDOS : _____ LICENCIA #: _____ CATEGORIA: _____

DIRECCION DEL DOMICILIO: _____ EDAD: _____ TELEFONO: _____

DETALLES DEL ROBO :

FECHA DE OCURRENCIA: _____ HORA DE OCURRENCIA: _____

LUGAR (CIUDAD Y DIRECCION) : _____

CAUSA DEL SINIESTRO: _____

EXPLICAR DETALLADAMENTE COMO SE PRODUJO:
(PUEDE CONTINUAR ATRÁS DE ESTE DOCUMENTO)

ACCESORIOS SUSTRAIIDOS : _____

FECHA Y HORA DE PRESENTACION DE LAS DENUNCIAS:

FISCALIA: _____ COMISION DE TRANSITO -O.I.A.T.-: _____

POLICIA JUDICIAL: _____ DISPOSITIVO SATELITAL: _____

INTERVENCION POLICIAL?: _____

OBSERVACIONES : _____

AGENTE / BROKER: _____ LUGAR Y FECHA: _____

Con el objeto de preservar, ambas partes, los respectivos intereses en lo referente a la protección y responsabilidad en el manejo de la información personal, comercial, patrimonial o de cualquier otra naturaleza, que la Empresa y el Asegurado/Beneficiario intercambian durante la vigencia de la relación jurídica, ambas partes reconocen expresamente la importancia de mantener la seguridad y confidencialidad de dicha información, salvo de aquella que por disposición de la Constitución o de la ley pueda ser considerada pública. Y el Asegurado/Beneficiario por su parte autoriza a la Empresa compartir su información solo en caso de que la misma sea requerida por vía judicial, administrativa y/o gubernamental, en definitiva por requerimiento legal de autoridad competente o que su uso sea necesario para fines de la operatividad y coberturas propias del contrato de seguro

FIRMA Y/O SELLO DEL ASEGURADO

NOTA: Este Formulario debe ser llenado y firmado únicamente por el Asegurado