

AVISO DE SINIESTRO

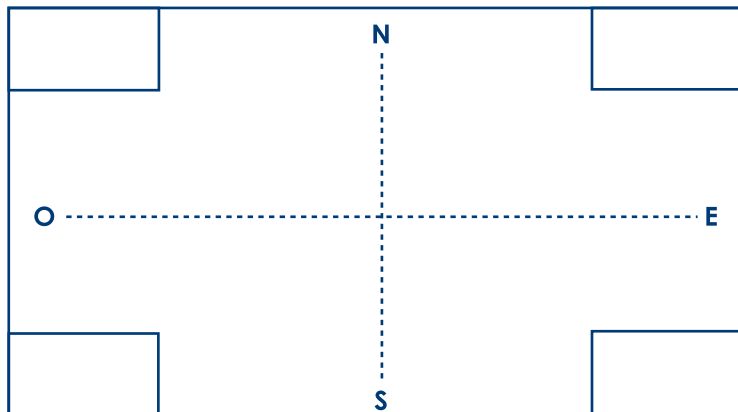


Por favor responda cada una de las siguientes preguntas y envíese este documento a la Compañía de Seguros, adjuntar fotocopia de: licencia, matrícula, denuncia a las autoridades competentes, parte de novedades.

EL ASEGURADO	Nombre:	Teléfono:		
	Dirección:	Póliza N°:		
VEHÍCULO ASEGURADO	Marca:	Año:	Modelo:	
	Tipo:	Tipo Cabina:	Color:	
	Motor:		Placa:	
	Chasis N°:		Cantidad puertas:	
EL CONDUCTOR	¿Era el vehículo manejado por el Asegurado? SI ☐ NO ☐			
	¿Si no era conducido por él, quién lo autorizó?			
	¿Qué relación tiene con el Asegurado?			
	Nombre:	Edad:		
	Dirección:	Profesión:		
	Licencia No.:	Categoría:	Expedido:	Válido hasta:
EL ACCIDENTE	Fecha del Accidente:	Hora:		
	Lugar: (ciudad, calle, carretera)			
	¿En qué dirección rodaba el vehículo asegurado?	Velocidad:		
	Explique detalladamente el accidente o la pérdida y complemente el diagrama			
	A juicio del conductor del vehículo asegurado ¿Quién es el responsable del accidente?			

CROQUIS DEL LUGAR DEL ACCIDENTE

SI NO ADAPTA EL CROQUIS, FAVOR USAR
ESPACIO EN BLANCO



QUITO Av. 6 de Diciembre N33-42 e Ignacio Bossano, Torre Constitución piso 12 PBX: (593-2) 3982000. Fax: (593-2) 333 2778. atencionalcliente@segurosconstitucion.com.ec	GUAYAQUIL Av. Miguel H. Alcívar 407 y Angel Barrera, Edificio Arquetipo III, PB. PBX: (593-4) 2680 193 / (593-4) 2680 084 Fax: (593-4) 2680 164	MANTA Av. Flavio Reyes entre calles 26 y 27 , Edificio Plaza Constitución. PBX: (593-5) 262 4687 / (597-5) 262 4964 (593-5) 262 5170.	CUENCA Calle Esmeraldas entre Av. Remigio Crespo y Av. El Batán, local N°1, PB. PBX: (593-7) 245 5905 (593-7) 281 3462
---	--	--	---



DAÑOS AL VEHÍCULO ASEGURADO	Descripción del daño o la pérdida:	
	¿Intervino la autoridad correspondiente?	SI NO
	¿Hubo parte policial?	SI NO
	¿Dónde se encuentra ubicado el vehiculo siniestrado?	

DAÑOS A TERCEROS RESP. CIVIL	VEHICULO	VIVIENDA		PERSONA
		☐ Nombre del propietario: Dirección: Si es un vehículo proporcione: Marca: Placas: Tipo: Color: Asegurado en la Compañía: SI NO Detalle de daños:		

TESTIGOS DEL ACCIDENTE	Nombres y direcciones de cada una de las personas que sepan acerca del accidente, inclusive de los ocupantes
	¿Qué agente estuvo presente?

PERSONAS HERIDAS	Nombres y direcciones:
	¿Qué relación tiene con el Asegurado?
	Nombre del Médico y Hospital donde recibieron los primeros auxilios
	Descripción de las lesiones:

Nota (1): Si la Compañía de Seguros detecta falsa declaración, en la relación de este siniestro, el Asegurado perderá el derecho a la indemnización.

Nota (2): La persona que suscribe el presente formulario declara que los datos descritos en cada una de sus partes son fehacientes

Lugar y fecha: _____

FIRMA DE ASEGURADO

Nota: El presente formulario ha sido aprobado por la Superintendencia de Bancos y Seguros con Resolución No. SBS-INSP-2012-315 de 21 de Noviembre de 2012

QUITO Av. 6 de Diciembre N33-42 e Ignacio Bossano, Torre Constitución piso 12 PBX: (593-2) 3982000. Fax: (593-2) 333 2778. atencionalcliente@segurosconstitucion.com.ec	GUAYAQUIL Av. Miguel H. Alcivar 407 y Angel Barrera, Edificio Arquetipo III, PB. PBX: (593-4) 2680 193 / (593-4) 2680 084 Fax: (593-4) 2680 164	MANTA Av. Flavio Reyes entre calles 26 y 27 , Edificio Plaza Constitución. PBX: (593-5) 262 4687 / (597-5) 262 4964 (593-5) 262 5170.	CUENCA Calle Esmeraldas entre Av. Remigio Crespo y Av. El Batán, local N°1, PB. PBX: (593-7) 245 5905 (593-7) 281 3462
---	---	---	--