



DECLARACIÓN DE ACCIDENTES DE VEHÍCULOS

LÍNEA SERVICIO AL CLIENTE: Telf.: 0995553333.

LÍNEA ADMINISTRATIVA: **MATRIZ - QUITO:** Av. De Los Naranjos N44-463 y Azucenas • Telf.: (02) 299-7500. **GUAYAQUIL:** Av. Circunvalación Sur #304 y Todos Los Santos. • Telf.: (04) 5013050. **AMBATO:** Av. Rodrigo Pachano 13 - 109 y JuanMontalvo, Sector Ficoa • Telf.: (03)282-8211. **FRANCISCO DE ORELLANA (EL COCA):** Av. Quito entre Guayaquil Y Jorge Rodríguez - Junto a la Cruz Roja • Telf.: (06) 5005353. **CUENCA:** Federico Proaño 365 y Honorato de Loyola. • Telf.: (07) 5005060. **IBARRA:** Victoria Castelo Chiriboga 657 y Galo Plaza Lasso, atrás del C.C. La Plaza • Telf.: (06) 5004000. **LOJA:** Av. Orillas del Zamora y Segundo Puertas Moreno • Telf.: (07) 5005070. **MACHALA:** Urbanización Ciudad del Sol Mz L1 • Telf.: (07) 5004040. **MANTA:** Av. M1 entre calles 23 y 24 esq. Edif. Manta Business Center, planta baja • Telf.: (05) 5004000. **PORTOVIEJO:** Centro Comercial La Quadra Portoviejo. Locales 7A y 7B. • Telf.: (05) 5004600. **RIOBAMBA:** Uruguay y Av. Daniel León Borja • Telf.: (03) 5001010. **STO. DOMINGO:** Av. Río Lelia, diagonal al Hospital del IESS • Telf.: (02) 5031231.

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: _____

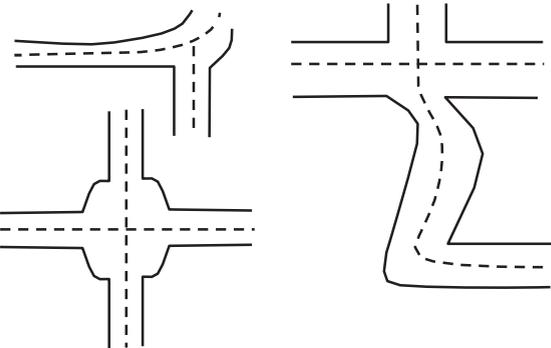
Observaciones del asegurado: _____

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).