



COMPANÍA DE SEGUROS
Ecuatoriano Suiza S.A.

MATRIZ - GUAYAQUIL
Av. 9 de Octubre 2101 y Tulcán
PBX: (593-4) 2452444
Faxes: (593-4) 2452971 - 2453229 - 2453289
e-mail: ecuasuiza@ecuasuiza.com
Casilla: 09.01.397 - Guayaquil

SUCURSAL - QUITO
Av. de los Shyris N 37-27 y Naciones Unidas
Edificio Silva Núñez 8º Piso
PBX: (593-2) 2271396 - 2271248 - 2271293
Faxes: (593-2) 2273470 - 2273855
e-mail: gerencia.uio@ecuasuiza.com
Casilla: 17.01.2318 - Quito

1-700 ESUIZA (1-700-378492)

DEPARTAMENTO DE VEHÍCULOS AVISO DE SINIESTRO

Póliza N° Vigente: Desde el ____ de _____ del _____ SINIESTRO N° _____
Hasta el ____ de _____ del _____

ASEGURADO Nombre _____ Ocupación _____
Domicilio _____ Teléfono: _____

VEHÍCULO Marca _____ Año _____ Tipo _____ Capacidad _____
Placa N° _____ Motor _____

CONDUCTOR DEL VEHÍCULO EN EL MOMENTO DEL ACCIDENTE Nombre _____ Edad _____
Domicilio _____
Brevet N° _____ Licencia N° _____
¿Es empleado de Ud.(s)? _____
¿Es pariente o amigo de Ud.(s)? _____

DETALLES DEL ACCIDENTE Fecha _____ Hora _____ Lugar _____
¿En qué calle o carretera ocurrió el accidente? _____
¿Qué velocidad llevaba su vehículo en el momento del accidente? _____
¿Viajaba su carro por calle preferencial? _____
Sírvase hacer una descripción completa del accidente y las circunstancias que lo motivaron.

TESTIGOS

¿Cuántas personas viajaban en el vehículo al momento del accidente? _____

Sirva(n) dar sus nombres y domicilios: _____

Nombres y domicilios de testigos independientes o espectadores: _____

¿Tiene el guardia de tránsito o el guardia civil detalles del accidente? _____

Nombres y/o número del guardia de tránsito o civil. _____

**DAÑOS AL
VEHÍCULO
ASEGURADO**

¿Cuáles son los daños ocasionados a su vehículo? Detállelos.

¿Dónde y cuándo puede ser examinado su carro? _____

**DAÑOS A
TERCERAS
PERSONAS**

Nombre _____ Ocupación _____

Domicilio _____ Si hay vehículo, N° de la placa _____

Diga si hicieron alguna declaración después del accidente y, en tal caso, dar detalles.

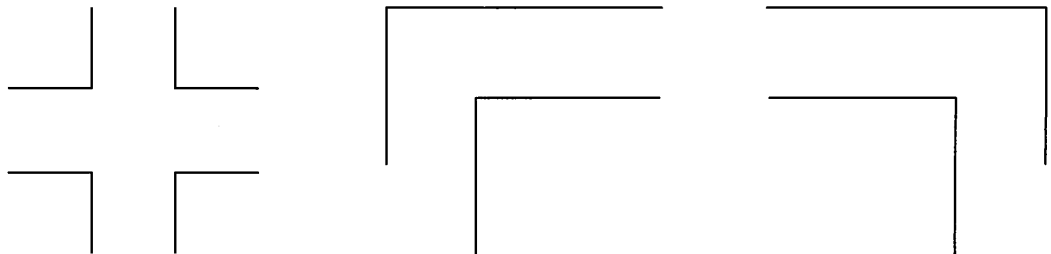
DETALLES COMPLETOS: _____

a) sus lesiones personales _____

b) daños a su propiedad _____

Todo lo relacionado a este accidente debe ser comunicado a la Compañía sin demora.

**CROQUIS DEL
LUGAR DEL
ACCIDENTE**



Dejo constancia que los datos arriba consignados son verídicos y ajustados a la verdad, no habiendo omitido ninguno que entorpezca la labor de la Compañía.

Fecha: _____

Firma del Asegurado

Sólo tendrán valor los formularios impresos de la Compañía aprobados por la Superintendencia de Bancos y Seguros.