



autotal | seguro de vehículos



ASEGURADORA DEL SUR

DECLARACION DE ACCIDENTES DE VEHICULOS

MATRIZ QUITO: Av. República de El Salvador N34-211 y Moscú, Piso 1-8-9-10-11 PBX: 593 (02) 299-7500. Fax: 593 (02) 246-7983 • 224-1452 • 224-1473 • 226-9748 • 226-9749. E-mail: asegsur1@asegsur.com.ec. CENTRO DE SERVICIOS: Irlanda E10-44 y República de El Salvador. Telf.: 593 (02) 299-7500. Fax: 593 (02) 333-1589. IBARRA: Bolívar 7-18 y Pedro Moncayo, Edif. EL Palacio Piso 2. Telfs: 593 (06) 264-0920 • 264-0868 • 295-2038 • 295-1919. Fax: 593 (06) 264-0920. AMBATO: Av. Los Capulíes 13-109 y Juan Montalvo (Ficoa) Telf.: 593 (03) 282-9299 • 282-8211 • 282-8213. Fax: 593 (03) 282-8534. RIOBAMBA: Primera Constituyente 3990 y Carlos Zambrano. Telfs.: 593 (03) 296-5040 • 294-1063 • 295-1379 • 295-1320 • 295-2520. Fax.: 593 (03) 296-5040 CUENCA: Los Pinos y Ordóñez Laso, Edif. Los Pinos Telf.: 593 (07) 283-9271 • 283-2814 • 283-6271. Fax: 593 (07) 283-5266. LOJA: Av. Orillas del Zamora y Segundo Puertas Moreno. Telfs.: 593 (07) 258-7677 • 256-0991. Fax: 593 (07) 257-8642. MACHALA: Calle Rocafuerte 637 y Tarqui. Telfs.: 593 (07) 293-7524 • 293-7584 • 296-6554 • 296-6555 • 296-6556. Fax: 593 (07) 293-7584. PORTOVIEJO: Av. América y Reales Tamarindos Esq. Telfs.: 593 (05) 263-2508 • 263-2647 • 263-2669. Fax: 593 (05) 263-2494. MANTA: Av. Flavio Reyes No. 1711 Diagonal a Velboni. Telfs.: 593 (05) 262-6503 • 262-3483 • 262-5751. Fax: 593 (05) 262-6503.

Asegurado: _____ Sinistro N°.: _____
Dirección: _____ Teléfono: _____
Póliza: _____ Item: _____ Agente Broker: _____

VEHICULO ASEGURADO

Marca: _____ Modelo: _____ Tipo: _____ Color: _____
Placas: _____ 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 como ocurrió el accidente: _____

A juicio del conductor del vehículo asegurado. ¿Quién es el responsable del accidente? _____

CONDUCTOR DEL VEHICULO ASEGURADO

Nombres y Apellidos: _____
Dirección: _____ Teléfono: _____
Relación con el asegurado: _____
Licencia N°.: _____ Categoría: _____ Expedido en: _____
Valedero hasta: _____

DATOS SOBRE EL CONTRARIO

Vehículo:

Marca: _____ Tipo: _____ Placas: _____ Color: _____

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

Propietario: _____

Dirección: _____ Teléfono: _____

Conductor: _____

Dirección: _____ Teléfono: _____

Intervinieron otros vehículos o resultaron perjudicados, facilite los datos.

Detalle de los Daños:

¿Dónde se halla el vehículo para la inspección?

Testigos del accidente (nombres y direcciones)

INTERVENCION DE AUTORIDADES

¿Qué agentes tomaron nota del parte?

¿Qué juzgado interviene en el caso?

¿Está detenido el conductor?

Daños corporales (indicar nombres y direcciones y donde reciben la asistencia médica)

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.

En _____ a _____ de _____ de 20 _____ Firma del Asegurado

Nota: La falsa declaración dará lugar a la negativa del caso por la compañía

CROQUIS DEL LUGAR DEL ACCIDENTE

Márquese la posición del choque y la víctima y la dirección que uno llevaba o la de ambos choques, si se trata de un choque, pidiendo de la mayor o menor perfección del dibujo y atentos sin marcar la posición de cada uno y la situación de las aceras, vía, tranvía, bordes de la carretera, que puedan mejor orientar o formar idea del lugar y posición de los que intervinieron.

(Si no adapta alguno de estos gráficos hacer croquis).

