



ASEGURADORA DEL SUR



autotal | seguro de vehículos

DECLARACION DE ACCIDENTES DE VEHICULOS

MATRIZ QUITO: Av. República de El Salvador N34-211 y Moscú - Pisos 1-8-9-10-1 P.B.X.: 593 (02) 2997 500 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:** Victoria Castelló 657 y Galo Plaza Laso Telfs.: 593 (06) 264 0920 / 264 0868 / 295 2038 / 295 1919 Fax: 593 (06) 264 0920 • **AMBATO:** Av. Los Capulies 13-109 y Juan Montalvo (Ficoa) Telfs.: 593 (03) 282 9299 / 282 8211 / 282 8213 Fax: 593 (03) 282 8534 • **RIOBAMBA:** Primera Constituyente 3990 y Carlos Zambrano • Telfs.: 593 (03) 294 1063 / 295 1379 / 295 1320 / 295 2520 / 296 5040 • Fax: 593 (03) 296 5040 • **CUENCA:** Los Pinos y Ordoñez Laso, Edf. Los Pinos • Telfs.: 593 (07) 283 9271 / 283 6271 / 283 2814 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 Tarquí 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 N° 1711 (Diagonal a Velbonji) Telfs.: 593 (05) 262 3483 / 262 5751 / 262 6503 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: _____

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 de 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?

Datos 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).

