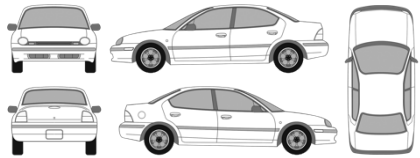


Póliza Nro.:	Vigencia: Desde:	Hasta:	Bróker / Corredor:
Asegurado:	C.C. / RUC Nro.:		Telfs:
Domicilio:			Email:

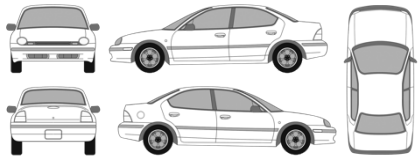
**DATOS DEL ACCIDENTE**

Fecha:	Hora:	Ciudad:
Lugar donde ocurrió:		

**DATOS DEL VEHÍCULO ASEGURADO**

Marca:	Modelo:	Placa:	
Nro. motor:	Nro. chasis:	Año:	
Carrocería:	Clase:	Uso:	Color:
Nombre del conductor:	Tipo de licencia:	Caducidad:	Parentesco:
Daños al vehículo:			
¿Ocupantes resultaron heridos? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		¿Dónde fueron trasladados?	¿Las heridas son leves o graves?
Indicar nombres y apellidos:			

**DAÑOS A VEHÍCULOS DE TERCEROS**

Propietario:	C.C. / RUC Nro.:	Telf:	Email:
Marca:	Modelo:	Clase:	Placa:
Nro. motor:	Año:	¿Está asegurado? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Aseguradora:
Nombre del conductor:	Tipo de licencia:	Caducidad:	
Daños al vehículo:			
¿Ocupantes resultaron heridos? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		¿Dónde fueron trasladados?	¿Las heridas son leves o graves?
Indicar nombres y apellidos:			

**DAÑOS A OTRAS PROPIEDADES DE TERCEROS**

Propietario:	C.C. / RUC Nro.:	Telf:	Email:
Describa que tipo de propiedad es:			
Describa los daños causados a esta propiedad:			
Está asegurada esta propiedad: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		Aseguradora:	
¿Ocupantes resultaron heridos? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		¿Dónde fueron trasladados?	¿Las heridas son leves o graves?
Indicar nombres y apellidos:			

## DESCRIPCIÓN DEL ACCIDENTE

Explique como ocurrió el accidente:

Dibuje un croquis de lo ocurrido: Trate de ilustrar los hechos de la forma más clara posible. Indique detalles como intersecciones, redondeles, ubicación de las señales de tránsito, semáforos, obstáculos en la vía, etc. Incluya también los nombres de las calles y su sentido.

¿Intervino la Policía?: SI  NO

Lugar dónde se encuentran los vehículos:

Declaro(amos) expresamente que los datos aquí consignados son verdaderos y exactos y constituyen el fundamento de hecho para el reclamo presentado y que no existe falsedad, ocultamiento o circunstancia alguna que pudieran hacer variar la configuración del siniestro. Estoy(estamos) consciente(s) y de acuerdo en que, si existiere alguno de los causales arriba mencionados, el reclamo aquí presentado quedará nulo y sin efecto.

Lugar y fecha:

Firma del asegurado

Formulario aprobado por la Superintendencia de Compañías, Valores y Seguros con Resolución No. SCVS-6-7-SF-114-570004420-19062020 del 19 de junio de 2020.

**MATRIZ QUITO:** Av. 12 de Octubre N24-359 y Baquerizo Moreno. Telf.: (02) 3958545. | **CUENCA:** Capulies 186 y Cañaro. Telf.: (07) 3701100 | **GUAYAQUIL:** Av. 9 de Octubre y Gral. Córdova. Ed. San Francisco 300. Piso 11. Telf.: (04) 2595160 | **CS Kennedy Norte:** Av. Luis Orrantía Solar 8. Telf.: (04) 268 3455 | **CS Samborondón:** Km. 5 Vía a Samborondón. Ed. Global Center, local 11 | **LOJA:** Av. Orillas del Zamora y Clodoveo Carrión. Telf.: (07) 2577217 | **MACHALA:** Centro Comercial Unioro. Local 50. (07) 2983700 | **MANTA:** Av. Flavio Reyes y Calle 26. Edificio Aries. Barrio Umiña. Telf.: (05) 3731620 | **RIOBAMBA:** Calle Uruguay entre Av. Daniel León Borja y Primera Constituyente. Telf.: (03) 2965263 | **SANTO DOMINGO:** Av. Tsafiqui y Hernando De Soto. Ed. Santiago Verdugo, PB. Telf.: (02) 2762250.

