



GENERALI
 Guayaquil: Av. Francisco de Orellana, Edificio World Trade Center Torre B, piso 15, PBX (04) 263 0170
 Quito: Av 6 de Diciembre y Juan Boussingault. Edificio T6, planta baja. PBX (02) 393 3950
 Cuenca: Calle Esmeraldas entre El Batán y Av.Remigio Crespo. Edificio Los Tótems, PBX (07) 409 0943
 Manta: Plaza La Quadra, vía Barbasquillo, Local I -35, 2 Piso. Telf.: 099 405 7572
 email: siniestros.autos@generali.com.ec

REQUISITOS INICIALES PARA LA ATENCION DE SINIESTROS: CHOQUE Y OTRAS COBERTURAS QUE NO SEA ROBO

Formulario de Denuncia original firmado y sellado por el Asegurado
 Copia de la matrícula actualizada (Asegurado y Afectado)
 Copia de la cédula y licencia del conductor al momento del accidente (Asegurado y Afectado)
 copia de la Cédula del Asegurado (Asegurado y Afectado)
 Parte Policial o Denuncia ante la Fiscalía, si le causaron daños al Asegurado
 Copia del Nombramiento, cédula del Representante Legal y RUC (para empresas)
 Para casos de Responsabilidad Civil adjuntar sentencia ejecutoriada emitida por un Juez
NOS RESERVAMOS EL DERECHO DE SOLICITAR MAS DOCUMENTOS, SI EL CASO AMERITA

DENUNCIA DE ACCIDENTE DE AUTO - VEHICULOS

ASEGURADO : _____ **POLIZA # :** _____
DIRECCION : _____ **TELEFONO :** _____
MAIL: _____ **CELULAR:** _____

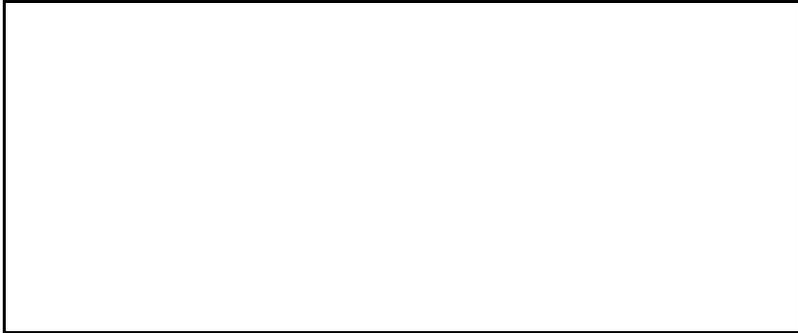
CARACTERISTICAS DEL VEHICULO: _____ **KM.ACTUAL** _____
MARCA : _____ **TIPO :** _____ **AÑO :** _____
MOTOR : _____ **CHASIS :** _____ **USO:** _____
PLACA : _____ **COLOR :** _____ **VALOR ASEGURADO :** _____

INFORMACIÓN SOBRE EL CONDUCTOR:
NOMBRES Y APELLIDOS : _____ **LICENCIA # :** _____ **TIPO:** ____ **EDAD:** ____
DIRECCION: _____ **TELEF.:** _____ **VINCULO CON EL ASEGURADO:** _____

DETALLES DE ACCIDENTES :
FECHA DE OCURRENCIA: _____ **HORA:** _____
LUGAR (CIUDAD Y DIRECCION) : _____

EXPLIQUE DETALLADAMENTE COMO OCURRIO EL ACCIDENTE:
(PUEDE CONTINUAR ATRÁS DE ESTE DOCUMENTO)

Favor dibujar un croquis sobre el lugar y las condiciones en que se produjeron los hechos:



CAUSA DEL SINIESTRO: _____
DAÑOS SUFRIDOS POR EL VEHICULO ASEGURADO : _____

USTED CAUSO DAÑOS A TERCEROS (DESCRIPCION DE PERSONAS Y/O BIENES): _____

NOMBRE AFECTADO: _____ **TELEFONO:** _____ **MAIL:** _____
TIENE SEGURO EL TERCERO AFECTADO: _____ **NOMBRE DE LA CIA. ASEGURADORA:** _____

INTERVENCION POLICIAL: _____
OBSERVACIONES : _____
AGENTE / BROKER: _____ **LUGAR Y FECHA :** _____

Con el objeto de preservar, ambas partes, los respectivos intereses en lo referente a la protección y responsabilidad en el manejo de la información personal, comercial, patrimonial o de cualquier otra naturaleza, que la Empresa y el Asegurado/Beneficiario intercambien durante la vigencia de la relación jurídica, ambas partes reconocen expresamente la importancia de mantener la seguridad y confidencialidad de dicha información, salvo de aquella que por disposición de la Constitución o de la ley pueda ser considerada pública. Y el Asegurado /Beneficiario por su parte autoriza a la Empresa compartir su información solo en caso de que la misma sea requerida por vía judicial, administrativa y/o gubernamental; en definitiva por requerimiento legal de autoridad competente o que su uso sea necesario para fines de la operatividad y coberturas propias del contrato de seguro. El Asegurado acepta los términos y condiciones de la Ley de Protección de Datos de la Compañía que esta publicada en la página web para uso, tratamiento y gestión de los datos personales. Por política de la compañía y la normativa local vigente de la Ley Orgánica de Protección de Datos Personales, GENERALI ECUADOR no recopila ni guarda información deliberadamente de personas menores de 12 años.

FIRMA Y/O SELLO DEL ASEGURADO

NOTA: Este Formulario debe ser llenado y firmado unicamente por el Asegurado

En caso de requerir más espacio para texto escribir aquí: