

# FORMULARIO AVISO DE SINIESTRO

## SEGURO DE VEHÍCULO, DECLARACIÓN DEL SINIESTRO POR PARTE DEL ASEGURADO

### 1 Datos del asegurado:

Nombre: \_\_\_\_\_  
Póliza: \_\_\_\_\_ Item: \_\_\_\_\_  
Campo llenado por el ejecutivo Campo llenado por el ejecutivo  
Dirección: \_\_\_\_\_  
Teléfono : \_\_\_\_\_ Celular: \_\_\_\_\_ E-mail: \_\_\_\_\_

### 2 Datos del vehículo:

Marca: \_\_\_\_\_ Año: \_\_\_\_\_ Tipo: \_\_\_\_\_  
Motor No.: \_\_\_\_\_ Chasis No.: \_\_\_\_\_ Placa: \_\_\_\_\_  
Color: \_\_\_\_\_ Modelo: \_\_\_\_\_ Fecha caducidad: \_\_\_\_\_

### 3 Datos del conductor:

Nombre: \_\_\_\_\_  
Dirección: \_\_\_\_\_  
Edad: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_ Celular: \_\_\_\_\_  
Clase de licencia: \_\_\_\_\_ Cédula No.: \_\_\_\_\_ Fecha de caducidad: \_\_\_\_\_  
Autorizado a conducir por: \_\_\_\_\_  
Parentesco del asegurado: \_\_\_\_\_

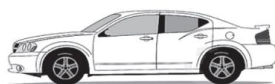
### 4 Datos del siniestro:

Fecha: \_\_\_\_\_ Hora: \_\_\_\_\_  
Lugar: \_\_\_\_\_ Dirección: \_\_\_\_\_  
Velocidad del vehículo: \_\_\_\_\_  
Denuncia / Parte Policial: Sí  No

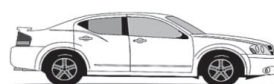
### 5 Explique cómo sucedió el siniestro y complete el diagrama

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Señalar el lugar afectado de su vehículo



Izquierdo



Derecho



Delante



Atrás

Ubicación del vehículo: \_\_\_\_\_

## 6 Daños a la propiedad de terceros

Nombre: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Email: \_\_\_\_\_

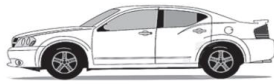
Tipo: \_\_\_\_\_ Placa: \_\_\_\_\_ Color: \_\_\_\_\_

Clase de daños: \_\_\_\_\_

Tiene asegurado su vehículo: Sí  No

Nombre de la aseguradora: \_\_\_\_\_

Señalar el lugar afectado de su vehículo



Izquierdo



Derecho



Delante



Atrás

## 7 Personas Heridas

Nombres Completos: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Teléfonos: \_\_\_\_\_

Nombres Completos: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Teléfonos: \_\_\_\_\_

Nombres Completos: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Teléfonos: \_\_\_\_\_

Diga donde se encontraban al momento del accidente, las personas heridas: \_\_\_\_\_

## 8 Testigos del accidente

Nombres Completos: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Teléfonos: \_\_\_\_\_

Nombres Completos: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Teléfonos: \_\_\_\_\_

Nombres Completos: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Teléfonos: \_\_\_\_\_

Autorizo a Zurich Ecuador S.A. a verificar y solicitar fotocopias de toda la documentación que tenga relación con el siguiente siniestro. Declaro que las informaciones antes expresadas son exactas en todos sus detalles y que estoy listo a presentar a la compañía toda la asistencia y apoyo para la buena liquidación de este siniestro. La falsedad en cualquier información proporcionada dejará sin efecto la reclamación efectuada.

Lugar y Fecha: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma del Asegurado o Reclamante

CI: \_\_\_\_\_