



COMPANÍA DE SEGUROS  
**EcuatorianoSuiza S.A.**

**MATRIZ - GUAYAQUIL**  
Av. 9 de Octubre 2101 y Tulcán 800  
1-700 ESUIZA (1-700 378492)  
PBX: (593-4) 2452444 - 2281406  
Faxes: (593-4) 2452971 - 2453229 - 2453289  
e-mail: [ecuasulza@ecuasulza.com](mailto:ecuasulza@ecuasulza.com)  
Casilla: 09.01.397 - Guayaquil

**SUCURSAL - QUITO**  
Av. De Los Shyris 1667(N 37 - 27) y  
Av. Naciones Unidas  
Edificio Silva Núñez  
PBX:(593-2) 2271248 - 2271293 - 2271396  
Fax:(593-2) 2273470 - 2273684  
e-mail: [gerencia.uto@ecuasulza.com](mailto:gerencia.uto@ecuasulza.com)  
Casilla: 17.01.2318 - Quito

## DEPARTAMENTO DE VEHICULOS AVISO DE SINIESTRO

Poliza N° \_\_\_\_\_ Vigente: desde el \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_ SINIESTRO N° \_\_\_\_\_  
Hasta el \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_

ASEGURADO Nombre \_\_\_\_\_ Ocupación \_\_\_\_\_  
Domicilio \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

VEHICULO Marca \_\_\_\_\_ Año \_\_\_\_\_ Tipo \_\_\_\_\_ Capacidad \_\_\_\_\_  
Placa N° \_\_\_\_\_ Motor \_\_\_\_\_

CONDUCTOR DEL VEHICULO EN EL MOMENTO DEL ACCIDENTE Nombre \_\_\_\_\_ Edad \_\_\_\_\_  
Domicilio \_\_\_\_\_  
Brevet N° \_\_\_\_\_ Licencia N° \_\_\_\_\_

¿Es empleado de Ud(s)? \_\_\_\_\_

¿Es pariente o amigo de Ud(s)? \_\_\_\_\_

DETALLES DEL ACCIDENTE Fecha \_\_\_\_\_ Hora \_\_\_\_\_ Lugar \_\_\_\_\_

¿En que calle o carretera ocurrió el accidente ? \_\_\_\_\_

¿Que velocidad llevaba su vehículo en el momento del accidente ? \_\_\_\_\_

¿Viajaba su carro por calle preferencial? \_\_\_\_\_

Sírvase hacer una descripción completa del accidente y las circunstancias que lo motivaron

---

---

---

---

---

---

---

---

TESTIGOS

¿Cuántas personas viajaban en el Vehículo al momento del accidente? \_\_\_\_\_

Sirva(n) dar sus nombres y domicilios: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Nombres y domicilios de testigos independientes o espectadores: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Tiene el Guardia de Tránsito o el Guardia Civil , detalles del accidente? \_\_\_\_\_

Nombres y/o número del Guardia de Tránsito o Civil? \_\_\_\_\_

DAÑOS AL  
VEHICULO  
ASEGURADO

¿Cuáles son los daños ocasionados a su vehículo? Detállelos

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

¿Dónde y cuándo puede ser examinado su carro? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

DAÑOS A  
TERCERAS  
PERSONAS

Nombre \_\_\_\_\_ Ocupación \_\_\_\_\_

Domicilio \_\_\_\_\_ Si hay vehiculo N° de la Placa \_\_\_\_\_

Diga si hicieron alguna declaración después del accidente y en tal caso dar detalles

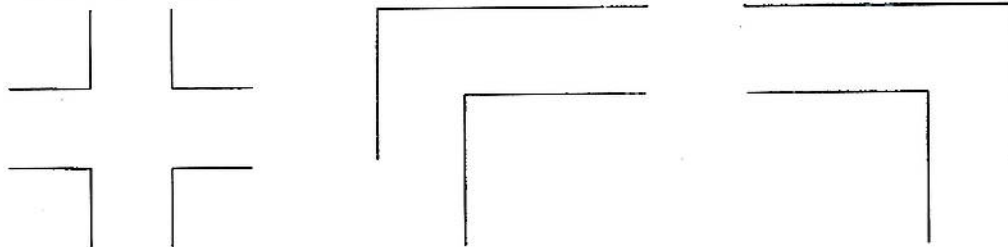
\_\_\_\_\_  
DETALLES COMPLETOS: \_\_\_\_\_

a) sus lesiones personales \_\_\_\_\_

b) daños a su propiedad \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Todo lo relacionado a este accidente debe ser comunicado a la Compañía sin demora

CROQUIS DEL  
LUGAR DEL  
ACCIDENTE



Dejo constancia que los datos arriba consignados son verídicos y ajustados a la verdad no habiendo omitido ninguno que entorpezca la labor de la Compañía.

Fecha: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma del Asegurado

Sólo tendrán valor los formularios impresos de la Cia. Aprobados por la Superintendencia de Bancos y Seguros.