

AVISO DE SINIESTRO DE VEHÍCULOS

*NOTA: Llenar con letra legible.

FOR-ISN-012 versión 17 jul 17

DATOS DEL ASEGURADO

Asegurado:	Póliza:
C.I./R.U.C:	Item:
Dirección:	Siniestro N°:
Ciudad:	Teléfono:
Correo Electrónico:	Agente/Broker:

DATOS DEL VEHÍCULO ASEGURADO

Marca _____ Modelo _____ Uso _____ Color _____
Placas _____ Motor _____ Chasis _____ Año _____

Detalle de los daños

¿Dónde se encuentra el vehículo para su inspección?

--

DATOS DEL SINIESTRO

Lugar: _____ Velocidad: _____
_____ Viniendo de: _____
Fecha: _____ En dirección a : _____
Hora: _____ N° de ocupantes : _____

Explique detalladamente ¿cómo ocurrió el siniestro?

A juicio del conductor del vehículo asegurado. ¿Quién es el responsable del accidente?

--

DATOS DEL CONDUCTOR

Nombres y Apellidos: _____ C.I.: _____
Relación con el asegurado: _____ Teléfono: _____
Dirección: _____
Licencia N°: _____ Categoría: _____ Fecha de expedición: _____
Fecha de caducidad: _____

*NOTA: Todos los campos deben ser obligatoriamente llenados.

DATOS DE RESPONSABILIDAD CIVIL¿Causó usted en el accidente daños a terceros?: Si No

Detalle de personas heridas

Nombre	Cédula	Dirección	Teléfono

DATOS SOBRE EL CONTRARIO

Marca: _____ Modelo: _____ Año: _____

Placas: _____ Color: _____ Uso: _____

Asegurado en la compañía: _____ Póliza N°: _____

Propietario: _____

Dirección: _____ Ciudad: _____ Teléfono: _____

Correo Electrónico: _____

¿Intervinieron otros vehículos o resultaron perjudicados? Facilite datos.

DETALLE DE LOS DAÑOS

¿Dónde se encuentra el vehículo para su inspección?

TESTIGOS DEL ACCIDENTE (Nombres y direcciones)**Intervención de las autoridades**

¿Qué agentes tomaron nota de parte? _____

¿Qué juzgado interviene en el caso? _____

¿Está detenido el conductor? _____

OBSERVACIONES DEL ASEGURADO

Autorizo a HISPANA DE SEGUROS Y REASEGUROS S.A. a verificar y solicitar toda la documentación que tenga relación con este siniestro reportado según lo indicado en las condiciones generales de la póliza.

Declaro que la información antes expresada es exacta en todos sus detalles y que estoy listo a presentar a la Compañía toda la asistencia y apoyo para la liquidación de este siniestro.

La falsedad en cualquier información proporcionada conllevará a la pérdida de derecho a la indemnización según las condiciones de la Póliza.

Lugar y Fecha:

Firma del Asegurado

Croquis del lugar del accidente

El Asegurado, podrá solicitar a la Superintendencia de Compañías, Valores y Seguros, la verificación de este texto.

Nota: La Superintendencia de Compañías, Valores y Seguros para efectos de control asignó al presente formulario en número de registro SCVS-6-7-0-SF-27 el 17 de Julio del 2017