

Casa Matriz Guayaquil
Edif. World Trade Center Torre B Piso 15
Fonos: 2630170 Ext.1125-1126-1140-1142 Fax: 2630
e-mail: gtorres@generali.com.ec

REQUISITOS PARA LA ATENCION DE SINIESTROS: CHOQUE Y OTRAS COBERTURAS
Formulario de Denuncia original firmado y sellado por el Asegurado
Copia de la matrícula actualizada
Copia de la cédula y licencia del conductor al momento del accidente
Copia de la Cédula del Asegurado
Parte Policial o Denuncia ante las Autoridades con reconocimiento de firma, si le causaron daño
Copia del Nombramiento y cédula del Representante Legal y RUC
Formulario aprobado por la Superintendencia de Bancos y Seguros

DENUNCIA DE ACCIDENTE DE AUTO - VEHICULOS

ASEGURADO : _____ POLIZA # : _____

DIRECCION : _____ TELEFONO : _____

DIRECCION DE CORREO ELECTRONICO: _____

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 : _____

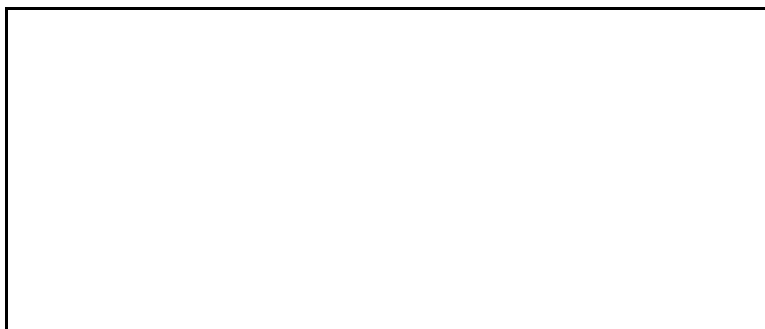
FECHA DE OCURRENCIA: _____ HORA: _____

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) _____

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

FIRMA Y/O SELLO DEL ASEGURADO

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