

Para el presente formulario, si necesita ampliar los detalles del siniestro puede ocupar una hoja en blanco adicional.

INFORMACIÓN DEL ASEGURADO

- | | |
|-----------------------|--------------------------|
| 1) Asegurado | 2) Póliza No. |
| 3) Dirección | 4) Teléfono Convencional |
| 5) Correo electrónico | 6) Teléfono Celular |

DETALLE DEL VEHÍCULO ASEGURADO

- | | | |
|---------------|---------------|------------|
| 7) Marca | 8) Modelo | 9) Año |
| 10) Placa No. | 11) Motor No. | 12) Chasis |

DATOS DEL CONDUCTOR

- | | |
|---|----------------------|
| 13) Nombres y Apellidos | |
| 14) Dirección | |
| 15) Teléfono Convencional | 16) Teléfono Celular |
| 17) Correo electrónico | 18) Edad |
| 19) No. de licencia | 20) Tipo |
| 21) Si manejaba otra persona que no sea el asegurado, ¿Quién lo autorizó? | |
| 22) ¿Qué parentesco o relación tiene con el asegurado? | |

DETALLE DEL SINIESTRO

- | | |
|--|-------------------|
| 23) Dirección: | 24) Fecha y hora: |
| 25) Describa las circunstancias del siniestro y de ser posible realice un gráfico para ilustrar el evento. | |

·
·
·

- | | | |
|---------------------------------|-----------------------------|-----------------------------|
| 26) Hubo intervención policial? | SI ☐ | NO ☐ |
| 27) Existió parte policial? | SI ☐ | NO ☐ |

- 28) Nombre(s) y Número celular de testigo(s) (en caso de haberlos):

CROQUIS DEL SINIESTRO

DESCRIPCIÓN DE DAÑOS

- 29) Detalle los daños al vehículo asegurado

- 30) Monto aproximado de los daños USD

- 31) Datos del taller mecánico donde se encuentra su vehículo



DENUNCIA DE SINIESTRO SEGURO DE VEHÍCULOS

LESIONES A OCUPANTES DEL VEHÍCULO

32) Nombres y Apellidos

33) Dirección

34) Teléfono

35) Tipo de lesión

36) Recibió atención médica

SI ☐ NO ☐

37) Lugar

38) Qué parentesco o relación tiene con el asegurado?

DAÑOS A TERCEROS

Si es vehículo

39) Marca

40) Modelo

41) Año

42) Placa

43) Nombre de propietario

44) Teléfono

45) Detalle de los daños ocasionados

46) ¿Tiene seguro el otro vehículo?

SI ☐ NO ☐

47) ¿En qué compañía?

48) ¿Qué parentesco o relación tiene con el asegurado?

Si es propiedad afectada

49) Nombre del propietario

50) Teléfono

51) Dirección

52) ¿Qué parentesco o relación tiene con el asegurado?

Si es persona afectada

53) Nombre

54) Teléfono

55) Tipo de lesión

56) ¿Recibió atención médica?

SI ☐ NO ☐

57) Lugar

58) ¿Tiene seguro médico privado?

SI ☐ NO ☐

59) ¿Qué parentesco o relación tiene con el asegurado?

60) Indique si en los dos últimos años ha presentado reclamaciones o recibido indemnizaciones de Seguros Unidos S.A. o en otras compañías de seguros que hayan superado los USD 10.000

Fecha	Compañía de Seguro	Ramo contratado	Valor del reclamo	Indemnización

*Declaro que los fondos descritos en el numeral 58 de esta transacción son de procedencia lícita y no han sido utilizados para actividades ilícitas como Narcotráfico, Lavado de Activos, Financiamiento del Terrorismo u Otros delitos.

*Autorizo a SEGUROS UNIDOS S.A. a verificar y solicitar respaldos de toda la documentación que tenga relación con este siniestro. Declaro que la información antes expresada es exacta, cierta y verdadera en todos sus detalles y que estoy listo a prestar todas las facilidades para la atención del siniestro.

Declaro conocer que cualquier dato inexacto, declaración falsa, reticente o inconsistente proporcionada a través de este formulario, deja sin efecto la cobertura del seguro.

Ciudad y fecha

Firma del Asegurado

C.I.

QUITO: Santa María E4-333 y Av. Amazonas Esq. Edificio Tarqui 7mo Piso. / (593-2) 6007-700 a nivel nacional

GUAYAQUIL: Av. Las Lomas 407 entre Calles Cuarta y Quinta / Urdesa Central

CUENCA: Av. Gran Colombia 22-252 y de los Manzaneros.

Manta - Machala - Ibarra - Ambato

1800 SUNIDOS
7 8 6 4 3 6