

Casa Matriz Guayaquil  
Edif. World Trade Center Torre B Piso 15  
fónos: 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 matricula actualizada  
Copia de la cedula 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 : \_\_\_\_\_

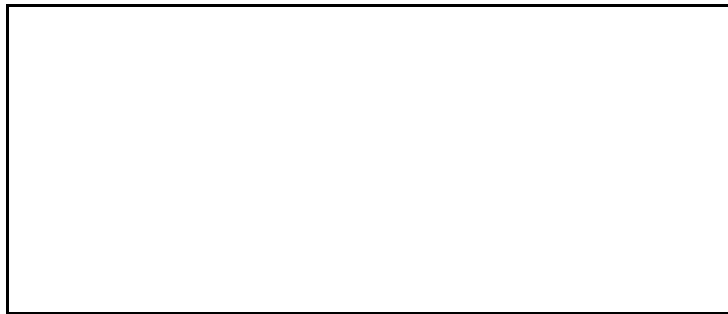
**INFORMACIÓN SOBRE EL CONDUCTOR:**  
NOMBRES Y APELLIDOS : \_\_\_\_\_ LICENCIA # : \_\_\_\_\_ TIPO: \_\_\_\_\_ EDAD: \_\_\_\_\_  
DIRECCION: \_\_\_\_\_ TELEF.: \_\_\_\_\_ VINCULO CON EL ASEGURADO: \_\_\_\_\_

**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 intercambian 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 únicamente por el Asegurado