



Av. Amazonas 3655  
 y Juan Pablo Sanz,  
 Ed. Antisana 5to Piso,  
 T +593.2.3731810  
 Quito, Ecuador

Av. Francisco de  
 Orellana  
 y Justino Cornejo  
 Edf. World Trade  
 Center,  
 Torre A, Piso 15,  
 T +593.2.3731810  
 Guayaquil, Ecuador

Alfonso Cordero 3-77 y  
 Manuel J. Calle  
 Edif. Atlantis 5to piso  
 T +593.2.3731810  
 Cuenca, Ecuador

## Aviso de Accidente de Seguros de Vehículos

Datos del asegurado		
Nombre del asegurado:		
Domicilio dirección:		
Correo electrónico:		
Póliza:	Teléfono:	Celular:
Información del vehículo		
Marca:	Año:	
Modelo:	Motor:	
Placa:	Chasis:	
Color:	Kilometraje:	
Información del conductor del vehículo asegurado		
Nombre :	Teléfono:	
Domicilio :	Celular:	
Correo electrónico:	Tipo licencia:	
Parentezco con el asegurado:	Vigencia hasta:	
Información del accidente		
Fecha del accidente:	Hora:	
Dirección del accidente:	Hay heridos:	
Velocidad estimada:	Hay parte policial:	
Descripción de cómo ocurrió el accidente vehicular		
<p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>		
Complete un diagrama del accidente		



Av. Amazonas 3655  
y Juan Pablo Sanz,  
Ed. Antisana 5to Piso,  
T +593.2.3731810  
Quito, Ecuador

Av. Francisco de  
Orellana  
y Justino Cornejo  
Edf. World Trade  
Center,  
Torre A, Piso 15,  
T +593.2.3731810  
Guayaquil, Ecuador

Alfonso Cordero 3-77 y  
Manuel J. Calle  
Edif. Atlantis 5to piso  
T +593.2.3731810  
Cuenca, Ecuador

<b>Detalle de daños del vehículo asegurado</b>	
.....	
.....	
.....	
.....	
<b>Ubicación actual del vehículo</b>	
Persona de contacto:	
Dirección:	Teléfono:
.....	
<b>Información de terceros afectados (responsabilidad civil)</b>	
Nombre :	Vigencia licencia:
Domicilio :	Teléfono:
Correo electrónico:	Celular:
Marca:	Placa:
Modelo:	Color:
Asegurado con:	
.....	
<b>Detalle de daños del vehículo tercero afectado</b>	
.....	
.....	
.....	
.....	
<b>Nombres de personas heridas en accidente</b>	
.....	
.....	
<b>Información de testigos</b>	
Nombre:	Teléfono:
Nombre:	Teléfono:

\_\_\_\_\_  
Firma  
CI:

\_\_\_\_\_  
Fecha de aviso de accidente:

Certifico que todas las respuestas dadas anteriormente son completas y verídicas, autorizo la verificación que estime conveniente a Chubb Seguros Ecuador S.A. y me someto a que si hubiere hecho o llegare a hacer alguna afirmación falsa o fraudulenta o incurriere en alguna omisión u ocultación maliciosa a que mi derecho a indemnización será nula.

Adjunto copia de la licencia de conducir del conductor y matrícula del vehículo asegurado.

El presente formulario fue aprobado por la Superintendencia de Bancos con resolución N°. SB-INS-2000-212 de abril 25, 2000.