

## SEGURO DE VEHICULO REPORTE DE ACCIDENTE Y RECLAMO DE INDEMNIZACION

### IMPORTANTE

#### En caso de accidente, sírvase:

1° Obtener nombres y direcciones de todas las personas lesionadas y testigos, incluyendo pasajeros. 2° Dar aviso inmediato a las Autoridades de Tránsito. 3° Observar los daños sufridos por ambos vehículos. 4° Dar aviso a la Aseguradora de la ocurrencia del siniestro en forma dentro de los tres (3) días en que haya tenido conocimiento del mismo. Dicho aviso contendrá detalles suficientes para identificar al vehículo asegurado y toda información posible respecto a la hora, lugar y direcciones de las personas mencionadas en el inciso 1. 5° Completar el Reporte de Accidente y Reclamo de Indemnización y entregarlo a la Aseguradora **debidamente firmado por el asegurado y/o beneficiario, según el caso.**

#### En ningún momento deberá:

1° Realizar transacciones o efectuar pagos **sin autorización de la Aseguradora.** 2° Ordenar reparaciones o cambios de piezas de su vehículo antes de la aprobación por parte de la Aseguradora o sus representantes.

#### PRIMERA PARTE.- REPORTE DE ACCIDENTE

**TODAS LAS PREGUNTAS DE ESTE INFORME DEBEN SER CONTESTADAS**

#### EL ASEGURADO Y/O BENEFICIARIO

POLIZA N°: \_\_\_\_\_  
 1° NOMBRE: \_\_\_\_\_ 2° E-MAIL: \_\_\_\_\_  
 3° DIRECCION: \_\_\_\_\_  
 4° TELEFONO: FIJO \_\_\_\_\_ CELULAR \_\_\_\_\_

#### EL VEHICULO ASEGURADO

5° MARCA: \_\_\_\_\_ 6° MODELO: \_\_\_\_\_ 7° PLACA: \_\_\_\_\_  
 8° MOTOR: \_\_\_\_\_ 9° CHASIS: \_\_\_\_\_ 10° AÑO: \_\_\_\_\_

#### EL VEHICULO ASEGURADO

11° NOMBRE DE QUIEN CONDUCE EL VEHICULO EN EL MOMENTO DEL ACCIDENTE: \_\_\_\_\_  
 12° DIRECCION: \_\_\_\_\_ 13° CIUDAD: \_\_\_\_\_ 14° TELEFONO: \_\_\_\_\_  
 15° SI MANEJABA OTRA PERSONA QUE NO SEA EL ASEGURADO. ¿QUIEN LO AUTORIZO?: \_\_\_\_\_  
 16° ¿QUE PARENTESCO O RELACION TIENE CON EL ASEGURADO?: \_\_\_\_\_  
 17° EDAD: \_\_\_\_\_ 18° ¿TIENE LICENCIA?: \_\_\_\_\_ 19° NUMERO DE LICENCIA: \_\_\_\_\_

#### EL ACCIDENTE

20° FECHA DEL SINIESTRO: \_\_\_\_\_ 21° HORA: \_\_\_\_\_ 22° LUGAR: \_\_\_\_\_  
 23° ¿HUBO INTERVENCION POLICIAL?: \_\_\_\_\_ 24° ¿SE REALIZO PARTE?: \_\_\_\_\_ 25° ¿SE HIZO DENUNCIA?: \_\_\_\_\_

**Explique con detalle cómo ocurrió el accidente: dirección en la que iba el vehículo, velocidad, lugar del accidente, a que lado de la calle estaba, tenía buena visibilidad, otros vehículos afectados, etc. y demás especificaciones que nos den una idea clara de los hechos:**

---



---



---



---



---



---



---

#### NOMBRES IMPORTANTES

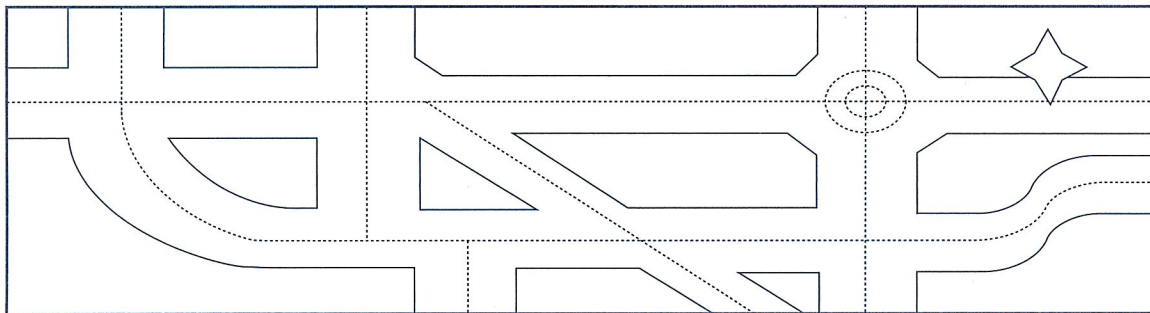
NOMBRES COMPLETOS:

DIRECCION:

CIUDAD:

TELEFONO:

28° A continuación haga un gráfico, poniendo lo que usted crea, ayudará a que se comprenda con facilidad la causa del accidente.



IMPRESO POR FESRECUADOR S.A. • P7104\_00018 NIC • 07/01/2021

Indique con una flecha la dirección del vehículo

**DAÑOS AL VEHÍCULO ASEGURADO**

29° DESCRIPCIÓN DE DAÑOS: \_\_\_\_\_

30° CUANTIFIQUE LA PERDIDA: **USD** \_\_\_\_\_

31° ¿DONDE SE ENCUENTRA EL VEHICULO AHORA?: \_\_\_\_\_

**LESIONES A PERSONAS**

32° NOMBRE DE LA PERSONA LESIONADA: \_\_\_\_\_

33° DIRECCION: \_\_\_\_\_ 34° TELEFONO: \_\_\_\_\_

35° ¿QUÉ RELACION TIENE CON EL ASEGURADO?: \_\_\_\_\_

36° NATURALEZA DE LAS LESIONES:

37° ¿A DONDE FUE LLEVADO DESPUES DEL ACCIDENTE?: \_\_\_\_\_

38° NOMBRE DEL MEDICO QUE LE ATENDIO: \_\_\_\_\_

39° DIRECCION DEL MEDICO: \_\_\_\_\_ 40: TELEFONO \_\_\_\_\_

41° ¿EN QUE LUGAR ESTABA LA PERSONA LESIONADA CUANDO SE PRODUJO EL ACCIDENTE?: \_\_\_\_\_

**SI EXISTE MAS DE UN LESIONADO, FAVOR LLENE LOS DATOS DE LOS NUMERALES 32 AL 41 EN UNA HOJA APARTE**

**DAÑOS A TERCEROS**

42° NOMBRE DEL PROPIETARIO: \_\_\_\_\_

43° DIRECCION: \_\_\_\_\_ 44° TELEFONO: \_\_\_\_\_

45° PLACA DEL VEHICULO: \_\_\_\_\_ 46° MARCA: \_\_\_\_\_ 47° TIPO: \_\_\_\_\_

48° TIENE SEGURO: \_\_\_\_\_ 49° ¿CON QUE COMPAÑIA?: \_\_\_\_\_

50° DESCRIPCION DE DAÑOS: \_\_\_\_\_

51° SI EL DAÑO ES A BIENES INMUEBLES DETALLE A CONTINUACION: \_\_\_\_\_

**SEGUN LO ANTERIORMENTE EXPUESTO, SOLICITO INDEMNIZACIÓN DEL PRESENTE RECLAMO**

**SEGUNDA PARTE.- RECLAMO INDEMNIZACION**

En virtud de lo anterior y de conformidad con lo dispuesto en el Art. 42 de la Ley General de Seguros, solicito a ustedes se sirvan proceder al pago de la indemnización luego de la liquidación correspondiente para lo cual me comprometo a entregar los documentos exigidos para tal efecto. El plazo de 45 días nombrados en la ley, se contarán a partir de la fecha de entrega del último documento solicitado.

En caso de que los documentos proporcionados no fueren suficientes para demostrar la ocurrencia del siniestro y la cuantificación de la pérdida, queda a disposición de la aseguradora para cualquier ampliación o presentación de otros documentos que sean necesarios.

LUGAR Y FECHA:

\_\_\_\_\_  
**FIRMA DEL ASEGURADO Y/O BENEFICIARIO**  
C.C.