

Póliza N°:	Vigencia:	Endoso:
------------	-----------	---------

INFORMACIÓN DEL ASEGURADO

Nombre:	Ocupación:
Dirección:	Teléfono:

INFORMACIÓN DEL CONDUCTOR DEL VEHÍCULO (al momento del accidente)

Nombre:	Edad:	Ocupación:	
Dirección:	Licencia N°:		
Relación con el asegurado:	Familiar <input type="checkbox"/>	Empleado <input type="checkbox"/>	Otros (indique) <input type="checkbox"/>

INFORMACIÓN DEL VEHÍCULO DEL ASEGURADO

Marca	Año	Tipo	Placa N°	N° Ocupantes	Motor	Chasis No.

INFORMACIÓN DEL SINIESTRO

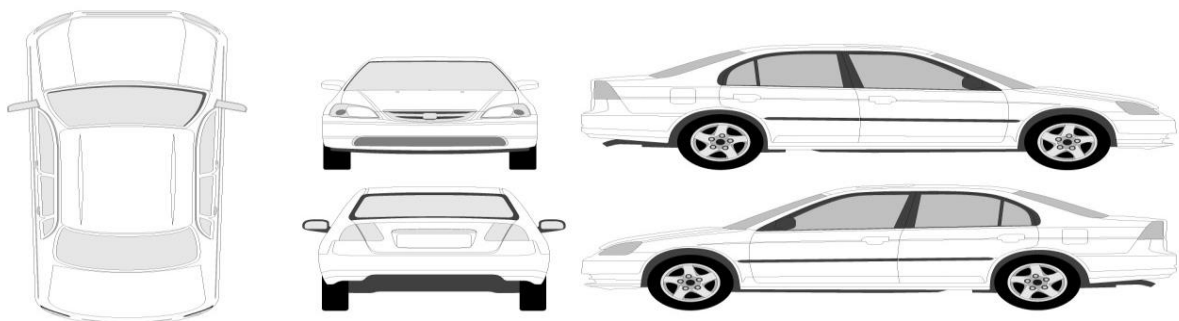
Fecha de ocurrencia:	Hora:	Sector:
----------------------	-------	---------

Descripción completa del accidente y las circunstancias que lo motivaron (Detalle si existe parte policial)	

DETALLE DE DAÑOS AL VEHÍCULO ASEGURADO

Descripción y extensión del daño o pérdida	
Lugar y hora donde puede inspeccionar el vehículo	

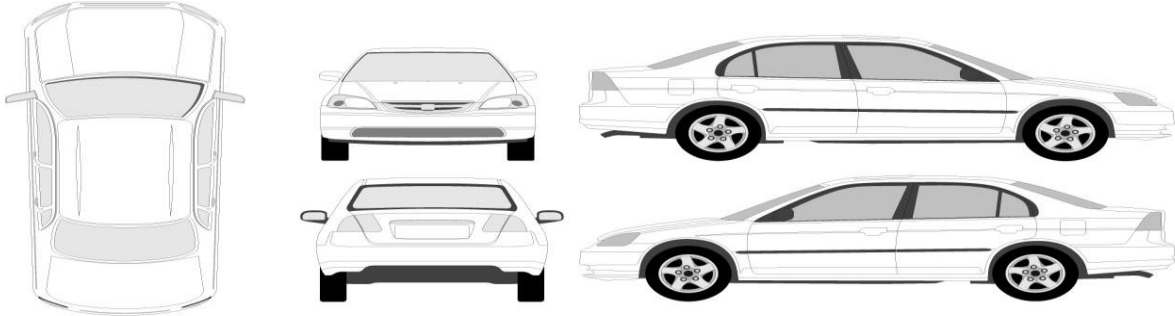
Indique en el diagrama la zona afectada de su vehículo:



DETALLE DE DAÑOS A TERCEROS**Daños a la Propiedad**

Nombre:		Teléfono:	
Dirección:		Email:	
N° placa de vehículo (si hay):		Tiene Seguro?	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Vehículo/Marca:		Color:	
		Tipo:	

Indique en el diagrama la zona afectada del vehículo propiedad de terceros:



Otros:	
---------------	--

Lesiones a Personas

Nombre:		Teléfono:	
Dirección:		Email:	
Detalle:			
Nombre:		Teléfono:	
Dirección:		Email:	
Detalle:			

INFORMACIÓN DE TESTIGOS

Nombre:		Teléfono:	
Dirección:		Correo Electrónico:	
Observó el accidente:	<input type="checkbox"/>	Ocupante del Vehículo:	<input type="checkbox"/>
Nombre:		Teléfono:	
Dirección:		Correo Electrónico:	
Observó el accidente:	<input type="checkbox"/>	Ocupante del Vehículo:	<input type="checkbox"/>

Autorizo a la Compañía de Seguros Cóndor S.A. a confirmar y solicitar toda la información y documentación que sea necesaria para validar y soportar el siniestro producto de este aviso, de acuerdo a las condiciones generales aprobadas en la póliza.

Dejo constancia de que la información consignada en el presente formulario es verídica, exacta y que no se ha omitido ningún detalle que obstaculice la gestión del siniestro presentado. La falsedad o reticencia en cualquier información proporcionada dejará sin efecto la reclamación efectuada.

Fecha del aviso: _____

Firma del Asegurado

La Superintendencia de Compañías, Valores y Seguros para efectos de control asignó al presente formulario el número de registro SCVS-6-7-0-SF-23, el 20 de junio de 2017.