



**La Consolidada S.A.
de Seguros**

Avda. Aviadores del Chaco 1669
c/ San Martín. Tel. : 619.1000



rapidez



excelencia



calidad

REQUISITOS PARA ATENCIÓN DE SINIESTROS DE LA SECCIÓN AUTOMÓVILES AL ASEGURADO

_____, ____ de _____ de _____

Siniestro N° _____ / _____

1. Denuncia de accidente.
2. Inspección y fotos de los daños del vehículo.
3. Parte Policial.
4. Sentencia Definitiva firme del Juzgado de Faltas, u otros documentos e informe que la compañía determine sean pertinentes presentar para determinar la atención.
5. Presupuesto de la reparación del vehículo, aprobado por la compañía.

Usted fue atendido por:

Firma: _____

Aclaración: _____

Para mayor información referente a la atención de este siniestro, favor comuníquese con nuestro Centro de Atención al Asegurado al teléfono +595 21 6191000 en horario de 08:00 a 17:00 horas (24 horas posteriores a la realización de esta denuncia).

Le recordamos que de conformidad a los Art. 1579, 1589 y 1590 del Código Civil Paraguayo y en el contrato póliza, es su obligación colaborar con el esclarecimiento de las circunstancias de este siniestro, por lo que en caso que le sea solicitado algún documento complementario que nos parezca necesario para tal efecto, le solicitamos nos provea en la brevedad posible.
Los documentos presentados no serán devueltos.

LA CONSOLIDADA S.A. de Seguros, se reserva el derecho a pronunciarse sobre el derecho del asegurado dentro de los plazos establecidos el Art. 1597 del Código Civil Paraguayo y en la póliza contratada por este, sin que la recepción de la presente denuncia implique aceptación del reclamo efectuado en ella.

Toda comunicación o solicitud que la compañía le realizare, sera dirigida al domicilio del asegurado establecido en este formulario.

Nombre y Apellido: _____

N° de C.I. / R.U.C: _____

Domicilio: _____

Ciudad: _____

Teléfonos: _____

Correo Electrónico: _____

Firma del Denunciante

N° de C.I.



DENUNCIA DE ACCIDENTE

Señor _____, _____ de _____ de _____

Gerente General de
LA CONSOLIDADA S.A. DE SEGUROS
Avda. Aviadores del Chaco 1669 c/ San Martín
Tel.: 619.1000
Asunción

Siniestro N° _____

De mi consideración:

En cumplimiento de las Condiciones Generales de la Póliza N° _____, de la Sección Automóviles, suscripta con ustedes, en concordancia con el Art. 1589, párrafo primero del Código Civil, pongo a vuestro conocimiento que el día _____ del mes de _____ del año _____, siendo las _____ Hs, aproximadamente, el vehículo TIPO: _____ MARCA: _____, MODELO: _____, AÑO: _____, CHAPA N°: _____, MOTOR N° _____, CHASIS N°: _____, COLOR: _____, asegurado en esa Compañía según la póliza referida mas arriba, guiado por _____ de _____ años de edad, quien está habilitado para conducir según registro N° _____, categoría _____, expedido por la Municipalidad de _____, y cuyo vencimiento es el _____ / _____ / _____, ha protagonizado un accidente de tránsito en las calles _____, de la ciudad de _____, en la forma y circunstancia que paso a exponer

El vehículo presenta a la vista los siguientes daños: _____, y se encuentra en _____ a disposición de la Compañía.

En la circunstancia, también resultó con daños el vehículo TIPO: _____, MARCA: _____, MODELO: _____, CHAPA N°: _____, MOTOR N°: _____, CHASIS N°: _____, COLOR: _____, conducido por _____ de _____ años de edad, con registro N° _____ expedido por la Municipalidad de _____, y recibió lesiones y/o falleció _____, interviniendo en el hecho, personal policial de la _____, actuando como testigos las siguientes personas _____

Con tal motivo, salúdole muy atentamente.

Para mayor información referente a la atención de este siniestro, favor comuníquese con nuestro Centro de Atención al Asegurado al teléfono +595 21 6191000 en horario de 08:00 a 17:00 horas (24 horas posteriores a la realización de esta denuncia).

Le recordamos que de conformidad a los Art. 1579, 1589 y 1590 del Código Civil Paraguayo y en el contrato póliza, es su obligación colaborar con el esclarecimiento de las circunstancias de este siniestro, por lo que en caso que le sea solicitado algún documento complementario que nos parezca necesario para tal efecto, le solicitamos nos provea en la brevedad posible.

Los documentos presentados no serán devueltos.

LA CONSOLIDADA S.A. de Seguros, se reserva el derecho a pronunciarse sobre el derecho del asegurado dentro de los plazos establecidos el Art. 1597 del Código Civil Paraguayo y en la póliza contratada por este, sin que la recepción de la presente denuncia implique aceptación del reclamo efectuado en ella.

Toda comunicación o solicitud que la compañía le realizare, sera dirigida al domicilio del asegurado establecido en la póliza.

Nombre y Apellido: _____
N° de C.I. / R.U.C: _____
Domicilio: _____
Ciudad: _____
Teléfonos: _____
Correo Electrónico: _____

Firma del Denunciante

N° de C.I.