

# DECLARACION DE SINIESTROS AUTOMOVILES

(No escriba en los espacios sombreados)

Sucursal:	Código Siniestro:
Fecha de Recepción:	

## DATOS PARA SER LLENADOS POR EL ASEGURADO

Ramo - Póliza:	Nº de Certific.:	Fecha de Ocurrencia:	Día de la Semana:	Hora: <input type="checkbox"/> a.m. <input type="checkbox"/> p.m.	Lugar de Ocurrencia:	<input type="checkbox"/> Urbano <input type="checkbox"/> Extraurbano	Código:
Nombre del Asegurado o Contratante:				Cédula de Identidad:	Teléfono:		
El Conductor es el Asegurado Indique <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO		Apellido(s) y nombre(s) del Conductor:			Sexo: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Cédula de Identidad:	
Ocupación:	Edad:	Edo. Civil: C <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> V	Grado Lic.:	Año Exped.:	Teléfono Habitación:	Teléfono Trabajo:	
Dirección:							

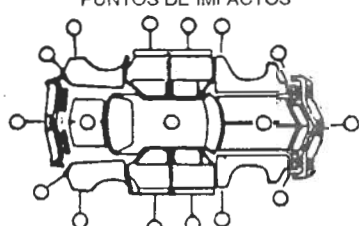
Causas del Siniestro:	<input type="checkbox"/> Robo <input type="checkbox"/> Hurto	<input type="checkbox"/> Colisión con objetos fijos <input type="checkbox"/> Colisión con objetos móviles	<input type="checkbox"/> Incendio <input type="checkbox"/> Volcamiento	<input type="checkbox"/> Otros	Código:
-----------------------	---	--	---	--------------------------------	---------

## DESCRIPCION DEL VEHICULO ASEGURADO

Marca:	Modelo:	Tipo:	Placa:	Año:
Color:	Serial Motor:	Serial Carrocería:		

## EN CASO DE ACCIDENTE

Se llenó Declaración Conjunta: <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Intervino la Inspectoría: <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Inspectoría que Intervino:	Nº Boleta Citación:	Condiciones Atmosféricas:
Condiciones del Pavimento:		Uso del Vehículo al momento del Accidente:		Tipo de Pérdida: <input type="checkbox"/> Total <input type="checkbox"/> Parcial

Descripción del Accidente (Indique velocidad):	<b>INFRACCION DE TRANSITO</b> <input type="checkbox"/> Exceso de velocidad <input type="checkbox"/> No atender señales de tránsito <input type="checkbox"/> Contravenir flechado <input type="checkbox"/> No atender preferencia de paso <input type="checkbox"/> Cambio indebido de canal <input type="checkbox"/> Adelantamiento indebido <input type="checkbox"/> Otras
	<b>PUNTOS DE IMPACTOS</b> 

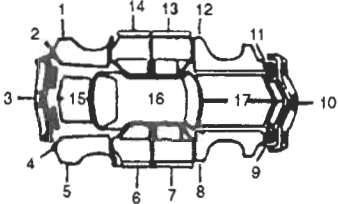
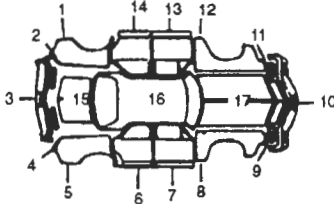
Descripción de los daños:	<b>PARTES DAÑADAS EN EL SINIESTRO</b> Donde puede ser inspeccionado el vehículo: Teléfonos: Cuándo puede ser inspeccionado el vehículo:
---------------------------	--

## TESTIGOS

Apellido(s) y Nombre(s):	Teléfono Habitación:	Teléfono Trabajo:
Dirección:		
Apellido(s) y Nombre(s):	Teléfono Habitación:	Teléfono Trabajo:
Dirección:		

### VEHICULOS INVOLUCRADOS EN EL ACCIDENTE

Apellido(s) y Nombre(s):			Apellido(s) y Nombre(s):		
Cédula de Identidad:	Teléfono Trabajo:	Teléfono Habitación:	Cédula de Identidad:	Teléfono Trabajo:	Teléfono Habitación:
Dirección:			Dirección:		
Marca:	Modelo:	Tipo:	Marca:	Modelo:	Tipo:
Año:	Placa:	Color:	Año:	Placa:	Color:
Serial de Motor:		Serial de Carrocería:	Serial de Motor:		Serial de Carrocería:
Dirección donde puede ser inspeccionado el vehículo:			Dirección donde puede ser inspeccionado el vehículo:		
Cuando se puede Inspeccionar:		Teléfonos:	Cuando se puede Inspeccionar:		Teléfonos:

Descripción de los daños: <div style="text-align: center;">  </div>	Descripción de los daños: <div style="text-align: center;">  </div>
---	---

### DAÑOS CORPORALES A TERCEROS

APELLIDO(S) Y NOMBRE	CONDICION			CONSECUENCIAS DEL ACCIDENTE			TELEFONO	LESIONES
	Pasajero Vehículo Asegurado	Pasajero Vehículo Tercero	Peatón	Lesión	Invalidez	Muerte		

Lugar donde fueron trasladados los lesionados:

### EN CASO DE ROBO O HURTO

Fecha de la denuncia:	Autoridad ante la cual hizo la denuncia:	Código Comisaría:	Nº de la Denuncia:
Lugar donde se encontraba el vehículo al momento del robo:			
Sistema antirrobo instalado:			
Datos particulares del vehículo robado:			

Fecha: Firma del Asegurado: Firma del Conductor:

### DATOS PARA SER LLENADOS POR LA COMPAÑIA DE SEGUROS

Stat. Recuperable:	Garante:	Recibo:	Endoso:	Monto Recuperable:	Recibo Anterior:	Código Analista:
Suma / Asegurada	Monto Reserva	Gastos Cancelados	Suma / Asegurada	Monto Reserva	Gastos Cancelados	