



Pol. Ac. N°: _____ Particular
Rc. N°: _____ Flota Cert. N° _____

Nombre y dirección del Asegurado: _____
Telf.: _____

Conductor: _____ C.I. N°: _____

Edad: _____ Sexo: F M Edo. Civil: S C V Lic. Grado: _____ Año: Ira. Exp.: _____

¿Era el Conductor Titular de la Póliza?: Sí No Relación con el Asegurado: _____

Identificación del Vehículo Asegurado

Marca	Tipo	Serial N°	Motor N°	Modelo (Año)	Placa N°

Detalles del Siniestro: Accidente Robo Incendio Pérdida Parcial Pérdida Total

Fecha: ____/____/____ Hora: _____ Lugar: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Zona Urbana Extraurbana

Descripción: _____

¿A qué atribuye usted el accidente?: _____ ¿A qué velocidad iba el vehículo?: _____

¿Intervino la Autoridad?. ¿Cuál?: _____ Vigilante N°: _____ Boleta N°: _____

Tratándose de Robo, ¿se hizo la denuncia correspondiente? Sí No Denuncia N°: _____

Conteste a las preguntas siguientes sólo si tiene una Póliza de Casco de Automóviles con esta Compañía y si le fueron causados daños a su vehículo

Descripción de los daños causados a su vehículo: _____

¿En cuánto lo estima?: _____

¿Dónde se encuentra actualmente su vehículo?: _____

Responsabilidad Civil

Conteste a las preguntas siguientes sólo si tiene RC - Automóviles con esta Compañía y si su vehículo causó daños y/o lesiones a terceros.

Si intervino otro Vehículo Identificación de este

Marca	Tipo	Modelo (Año)	Color	Placa N°

Propiedad (indíquese número de Cédula de Identidad y Dirección): _____

Conductor: _____

Testigos que presenciaron el Accidente (indíquese número de Cédula de Identidad y Dirección): _____

Descripción de los daños materiales causados a vehículos o cosas de terceros: _____

¿Dónde se encuentra(n) actualmente el (los) vehículos de terceros?: _____

Descripción de las Lesiones a Terceras Personas

Nombre(s), Apellido(s), N° C.I. y Dirección de las Persona(s) Lesionada(s): _____

Sólo para Uso de la División de Reclamos

Cobertura: Amplia Pérdida Total Solamente

Recibo N°: _____ Vigencia: _____ Pagado: _____ Pendiente al: _____

Agente: _____ Código: _____

S/Asegurada: _____ Accesorios: _____ Total Bs.: _____

M.D.C.: Sí No (Pérdida Total)

Observaciones: _____

Accidente con Infracción de Tránsito:

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Exceso de Velocidad | <input type="checkbox"/> No Atender Preferencia de Paso |
| <input type="checkbox"/> No Atender Señales | <input type="checkbox"/> Cambio Indevido de Canal |
| <input type="checkbox"/> Contravenir Señales | <input type="checkbox"/> Otros: _____ |
| <input type="checkbox"/> Adelantamiento Indevido | |

El Vehículo se repara en: _____

Monto Reparación: Bs. _____

Otros Gastos: Bs. _____

Deducible: Bs. _____

Total a Pagar: Bs. _____

Gastos de Ajuste: Bs.: _____ Ajustador: _____

Cheques a Nombre de:

_____	Por Bs. : _____
_____	Por Bs. : _____
_____	Por Bs. : _____
_____	Por Bs. : _____
_____	Por Bs. : _____
_____	Por Bs. : _____
_____	Por Bs. : _____

Posible Recuperación o Salvamento: _____

