

Declaración de Siniestro y Responsabilidad Civil de Vehículos Terrestres



ZURICH

La presente declaración constituye la base sobre la cual la Compañía tramitará el siniestro descrito en este formulario. Por consiguiente, el Asegurado deberá cumplimentar todas las preguntas formuladas, tal como está establecido en las Condiciones Particulares de la Póliza en la letra C, Cláusula 7, referentes a la Cobertura Amplia y en la letra C, Cláusula 6 de la Cobertura de Pérdida Total. En tal sentido, el Asegurado debe tomar en cuenta lo estipulado en la Cláusula 8 de la Cobertura Amplia, y 7 de la Cobertura de Pérdida Total. Igualmente, la Declaración debe ser firmada por el propio Asegurado, o en su lugar por una persona debidamente autorizada.

ASEGURADO	N°. Póliza de Casco: _____ Certificado: _____ Nombre del Asegurado: _____ RIF/C.I.: _____ Dirección: _____ Tel. _____ Asegurado desde: ____/____/____ Números Siniestros anteriores: _____
VEHICULO ASEGURADO	Marca: _____ Modelo: _____ Año: _____ Capacidad: _____ Placa: _____ Uso: _____ Serial Carrocería: _____ Coberturas Adicionales: Radio: <input type="checkbox"/> Reproductor <input type="checkbox"/> Aire <input type="checkbox"/> Accesorios <input type="checkbox"/> Motín y D.C. <input type="checkbox"/>
CONDUCTOR	Nombre: _____ C.I.: _____ Fecha Nac. _____ Edo. Civil: C <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/> O <input type="checkbox"/> Edad: _____ Profesión: _____ Sexo: M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> Licencia N°. _____ Grado: _____ Año Exp. _____ Empresa donde trabaja: _____ Relación con el asegurado: Asegurado: <input type="checkbox"/> Hijo (a) <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> Chofer <input type="checkbox"/> Esposa(o) <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/>
DATOS DEL ACCIDENTE	Fecha: ____/____/____ a las: _____ Lugar: _____ _____ Entidad Federal: _____ Vía Urbana <input type="checkbox"/> Vía Extraurbana <input type="checkbox"/> Carretera <input type="checkbox"/> Autopista <input type="checkbox"/> Población o vía _____ Había semáforos <input type="checkbox"/> Vía de doble circulación <input type="checkbox"/> Señal de pare <input type="checkbox"/> Vía de un solo sentido circulación: Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Otras señales: _____ Cuantos pasajeros llevaba: _____ Cuantas toneladas transportaba: _____ Si estaba estacionado a cuantos metros de la esquina: _____ Bien cerrado: Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Descripción del siniestro: _____ _____ _____ Daños sufridos por el vehículo asegurado: _____ _____ _____ Taller donde se realizará la reparación: _____
	Indicar N°. Vigilante, N°. Boleta, Inspectoría de Tránsito que intervino. Si se trata de robo: N°. de denuncia y fecha de la misma) _____ _____ Si no intervino ninguna autoridad, indique la causa: _____ _____

Fecha: ____/____/____

Firma: _____

RESPONSABILIDAD CIVIL

Vehículo N°. 1: Marca: _____ Modelo: _____ Uso: _____

Placa: _____ Propietario: _____

Dirección: _____

Vehículo N°. 2: Marca: _____ Modelo: _____ Uso: _____

Placa: _____ Propietario: _____

Dirección: _____

Indique seguros de estos vehículos: _____

Estimación de daños: _____

A su juicio ¿Quién es el culpable? _____

Personas lesionadas y sus direcciones: _____

Si no intervino ninguna autoridad, indique la causa: _____

Testigos: _____