

AVISO DE SINIESTRO VEHICULAR



Por favor responda cada una de las siguientes preguntas y envíe este documento a la Compañía de Seguros. Adjuntar fotocopia de: licencia, matrícula, denuncia a las autoridades competentes y parte de novedades.

DATOS DEL ASEGURADO	Nombre: _____ Teléfono: _____
	Dirección: _____ Póliza No.: _____
	Correo Electrónico: _____

VEHÍCULO ASEGURADO	Marca: _____ Año: _____ Modelo: _____
	Tipo: _____ Color: _____ Tipo Cabina: _____
	Motor: _____ Placa: _____
	Chasis No.: _____ No. Puertas: _____

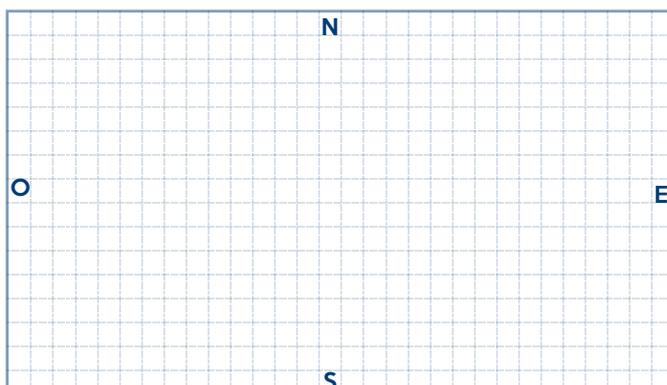
DATOS DEL CONDUCTOR	¿El vehículo manejado por el Asegurado? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
	Si no era conducido por el Asegurado, ¿Quién lo autorizó? _____
	¿Qué relación tiene con el Asegurado? _____
	Nombre: _____ Edad: _____
	Dirección: _____ Profesión: _____
	Licencia No.: _____ Categoría: _____ Fecha Expedición: _____ Válido Hasta: _____

EL ACCIDENTE	Fecha del accidente: _____ Hora: _____
	Lugar (ciudad, calle, carretera): _____
	¿En qué dirección rodaba el vehículo asegurado? _____
	_____ Velocidad: _____
	Explique detalladamente el accidente o la pérdida y complemente el diagrama: _____

A juicio del conductor del vehículo asegurado, ¿Quién es el responsable del accidente? _____	

CROQUIS DEL LUGAR DEL ACCIDENTE

SI NO SE ADAPTA AL CROQUIS, FAVOR USAR EL ESPACIO EN BLANCO



DAÑOS AL VEHÍCULO ASEGURADO	Descripción del daño o pérdida: _____ _____ _____
	¿Intervino la autoridad correspondiente?: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
	¿Hubo parte policial?: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
	¿Dónde se encuentra ubicado el vehículo siniestrado?: _____ _____

DAÑOS A TERCEROS RESPONSABILIDAD CIVIL	VEHÍCULO <input type="checkbox"/> VIVIENDA <input type="checkbox"/> PERSONA <input type="checkbox"/>
	Nombre del propietario: _____
	Dirección: _____
	Si es un vehículo proporcione: Placas: _____ Marca: _____ Modelo: _____
	Tipo: _____ Color: _____ Asegurado en la compañía: _____
	Detalle los daños: _____ _____ _____

TESTIGOS DEL ACCIDENTE	Nombres y direcciones de cada una de las personas que sepan acerca del accidente, inclusive de los ocupantes: _____ _____
	¿Qué agente estuvo presente?: _____ _____

PERSONAS HERIDAS	Nombres y direcciones: _____ _____ _____
	¿Qué relación tiene con el asegurado?: _____ _____
	Nombre del Médico y del Hospital donde recibieron los primeros auxilios: _____ _____
	Descripción de las lesiones: _____ _____

Nota (1): Si la Compañía de Seguros detecta falsa declaración en la relación de este siniestro, el Asegurado perderá el derecho a la indemnización.

Nota (2): La persona que suscribe el presente formulario declara que lo datos descritos en cada una de sus partes son fehacientes.

Lugar y Fecha: _____

FIRMA DEL ASEGURADO