

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: _____

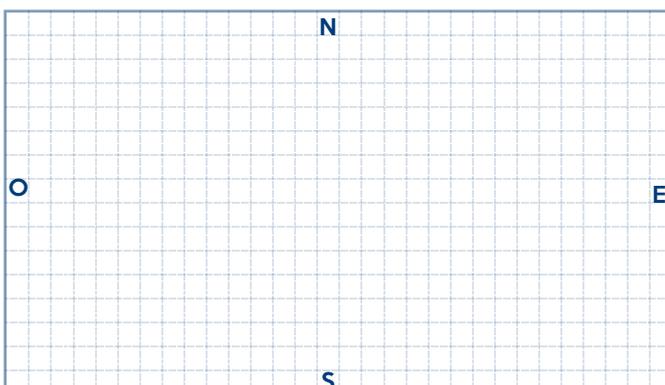
DATOS DEL CONDUCTOR	¿El vehículo manejado por el Asegurado? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
	Si no era conducido por el Asegurado, ¿Quién lo autorizó? _____
	¿Qué relación tiene con el Asegurado? _____
	Nombre: _____ Edad: _____
	Dirección: _____ Profesión: _____
	Licencia No.: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

AUTORIZACIÓN DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES
 CONSTITUCION C.A. COMPAÑÍA DE SEGUROS en cumplimiento con la Ley Orgánica de Protección de Datos Personales, tiene como objetivo precautelar el derecho que tienen sus clientes, la privacidad y de sus protección datos personales, que incluye el acceso y decisión sobre la información, datos protección de estos. En este sentido, como Cliente, Asegurado, Solicitante y/o beneficiario de una póliza de seguro autorizo a CONSTITUCION C.A. COMPAÑÍA DE SEGUROS, para tratar mis datos personales y los de mi representada, con la finalidad de que los datos sean utilizados para brindar el servicio del o los seguros contratado (s), garantizando el cumplimiento de la norma vigentes y la protección de sus datos personales..

Lugar y Fecha: _____

FIRMA DEL ASEGURADO