

AVISO DE SINIESTRO

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

EL ASEGURADO	Nombre: _____ Teléfono: _____
	Dirección: _____ Póliza N°: _____

VEHÍCULO ASEGURADO	Marca: _____ Año: _____ Modelo: _____
	Tipo: _____ Tipo Cabina: _____ Color: _____
	Motor: _____ Placa: _____
	Chasis N°: _____ Cantidad puertas: _____

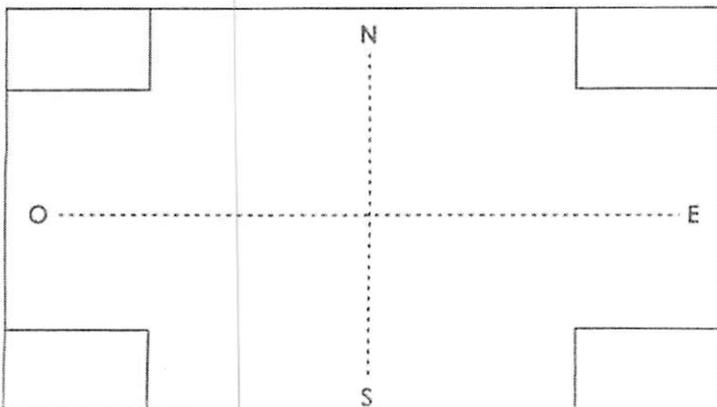
EL CONDUCTOR	¿Era el vehículo manejado por el Asegurado? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
	¿Si no era conducido por él, quién lo autorizó? _____
	¿Qué relación tiene con el Asegurado? _____
	Nombre: _____ Edad: _____
	Dirección: _____ Profesión: _____
	Licencia No.: _____ Categoría: _____ Expedido: _____ 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 ADAPTA EL CROQUIS, FAVOR USAR
ESPACIO EN BLANCO**



DAÑOS AL VEHÍCULO ASEGURADO	Descripción del daño o la 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 RESP. CIVIL	VEHICULO <input type="checkbox"/> VIVIENDA <input type="checkbox"/> PERSONA <input type="checkbox"/>
	Nombre del propietario: _____
	Dirección: _____
	Si es un vehículo proporcione: Placas: _____
	Marca: _____ Tipo: _____ Color: _____
Asegurado en la Compañía: _____	
Detalle de 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 Hospital donde recibieron los primeros auxilios _____ _____	
	Descripción de las lesiones: _____ _____	

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

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

Lugar y fecha: _____

FIRMA DE ASEGURADO

Nota: El presente formulario ha sido aprobado por la Superintendencia de Bancos y Seguros con Resolución No. SBS-INSP-2012-315 de 21 de Noviembre de 2012