

**Declaración de siniestro
relativa a la siguiente reclamación
hecha a Seguros Agromercantil**

ASEGURADO

SEGUROS
AGROMERCANTIL

BAM

SECCIÓN 2A - DAÑOS MATERIALES A LA PROPIEDAD AJENA

Para poder procesar debidamente su declaración es indispensable completar la información requerida.

Yo: _____
 Con domicilio en: _____ Tel: _____
 Correo electrónico: _____ Celular: _____
 Hago la siguiente declaración acerca de los detalles del siniestro especificado a continuación, así como los datos de la póliza de seguro No.: _____ con el inciso No.: _____ que ampara el vehículo que se describe a continuación.

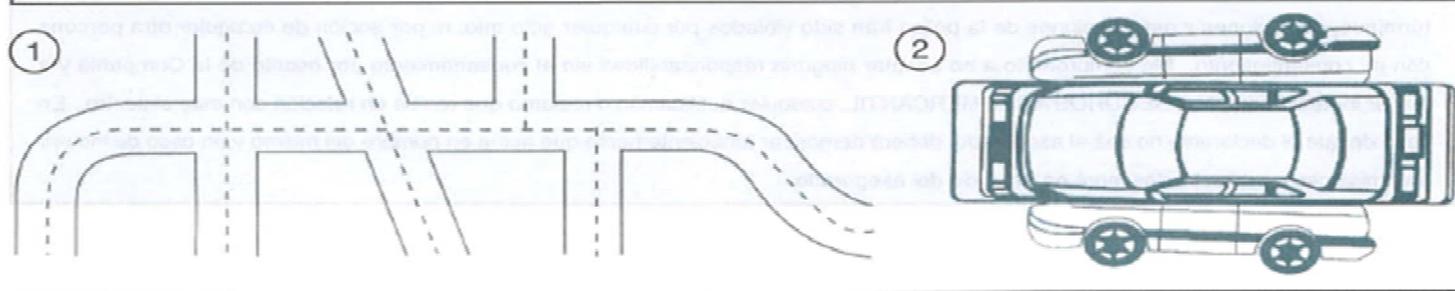
DATOS DEL VEHÍCULO ASEGURADO							
Tipo	Marca-Línea	Color	Año	Placa	Número de Chasis	Número de Motor	Tonelaje

Uso: Particular Comercial Otro Especifique: _____

DETALLES DEL ACCIDENTE	
Fecha del siniestro: _____	Hora del siniestro: _____
Lugar exacto del siniestro: _____	
Nombre del piloto: _____	Sexo: M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> Edad: _____
Dirección particular del piloto: _____	Teléfono: _____
Relación con el asegurado: _____	
Licencia No. _____	Tipo: _____ Fecha de vencimiento: _____
Otras personas que viajaban en el vehículo asegurado y sus direcciones: _____	
Testigos y sus direcciones: _____	

¿Qué autoridad conoció el siniestro? _____	Comisaría: _____	A quién culpó: _____
¿A que juzgado se remitió? _____	No. de Oficio: _____	
¿El tercero, se comprometió a pagarle algo? _____	¿Cuánto? Q. _____	
¿Tiene otros seguros sobre el mismo vehículo? _____	Compañía: _____	
¿El vehículo fue comprado a través de una financiera? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> ¿Cuál? _____		
¿En que lugar se encuentra actualmente el vehículo asegurado? _____		
¿Cómo ocurrió el siniestro? _____		
¿Cuál cree que fue la causa principal del siniestro? _____		

- Indique en uno de estos esquemas el rumbo o la posición de su vehículo, así como del otro con respecto al suyo.
- Marcar con una cruz el lugar del daño.



¿Tenía usted preferencia de vía? Si No ¿Había semáforo y otra señal de tránsito? Si No

SECCIÓN 1AB - DAÑOS AL VEHÍCULO ASEGURADO

Daños sufridos por el vehículo asegurado como resultado directo del accidente:

SECCIÓN 2A - DAÑOS MATERIALES A LA PROPIEDAD AJENA

Nombre del Tercero:

Nombre del Propietario:

Piloto:

Dirección:

Teléfono:

DATOS DEL VEHÍCULO TERCERO

Tipo	Marca-Línea	Color	Año	Placa	Número de Chasis	Número de Motor	Tonelaje

Lugar en que se encuentra el vehículo:

Otros daños a la propiedad ajena:

¿Tiene seguro?

Póliza No.:

Cía. Aseguradora:

DAÑOS AL VEHÍCULO TERCERO

Daños sufridos a vehículos terceros como resultado directo del accidente:

SECCIÓN 2B - LESIONES CORPORALES A TERCERAS PERSONAS

Nombre del médico:

Nombre del lesionado/fallecido	Tipo de lesiones	Causa de Muerte	Hospital

SECCIÓN 3A-B LESIONES CORPORALES A OCUPANTES DEL VEHÍCULO ASEGURADO

Nombre del médico:

Nombre del lesionado/fallecido	Tipo de lesiones	Causa de Muerte	Hospital

SI EL ACCIDENTE FUE PROVOCADO POR OTRA PERSONA

Nombre del propietario del vehículo culpable:

Dirección:

Teléfono:

Nombre del conductor del vehículo culpable:

Dirección:

Teléfono:

DATOS DEL VEHÍCULO RESPONSABLE DEL SINIESTRO

Tipo	Marca-Línea	Color	Año	Placa	Número de Chasis	Número de Motor	Tonelaje

Cía. Aseguradora:

Póliza No.:

NOTA: Protesto haber asentado fielmente todos los datos relativos al accidente y a mi reclamación y estar dispuesto a facilitar los informes que SEGUROS AGROMERCANTIL, pudiera pedirme con respecto al siniestro o a la indemnización. Hago constar que ninguno de los términos, condiciones y estipulaciones de la póliza han sido violados por cualquier acto mío, ni por acción de cualquier otra persona con mi consentimiento. Me comprometo a no aceptar ninguna responsabilidad sin el consentimiento por escrito de la Compañía y a enviar inmediatamente a SEGUROS AGROMERCANTIL, cualquier notificación o reclamo que reciba en relación con este siniestro. En caso de que el declarante no sea el asegurado, deberá demostrar fehacientemente que actúa en nombre del mismo y en caso de incurrir en omisiones o inexactitudes, será en perjuicio del asegurado.

Guatemala, _____ de _____ de _____

Firma del Asegurado