



# REPORTE DE SINIESTRO DE AUTOMOVIL

ANEXO 2

No. \_\_\_\_\_

BAJO LA POLIZA No. \_\_\_\_\_

(1) Yo, \_\_\_\_\_ Con Domicilio en: \_\_\_\_\_

(2) \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Hago la siguiente Declaración Jurada acerca de los detalles del siniestro especificado a continuación, así como los datos de la póliza de seguro que ampara el mismo y el vehículo que se describe:

## DATOS DEL AUTOMOVIL ASEGURADO

(3) Marca: \_\_\_\_\_ Modelo: \_\_\_\_\_ Motor No.: \_\_\_\_\_ Placas No.: \_\_\_\_\_

(4) Chasis No.: \_\_\_\_\_ Línea: \_\_\_\_\_ Color: \_\_\_\_\_

(5) ¿Qué uso se le estaba dando al momento del accidente? \_\_\_\_\_

(6) \_\_\_\_\_

(7) ¿Tiene otros seguros sobre el mismo vehículo? \_\_\_\_\_

## DEL CONDUCTOR

(8) Nombre de la persona que conducía el automóvil al momento del accidente: \_\_\_\_\_

(9) Teléfono: \_\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_

(10) Edad: \_\_\_\_\_ ¿Tenía Licencia? SI  NO  Indique el Número: \_\_\_\_\_

(11) Clase: \_\_\_\_\_ Fecha de Vencimiento: \_\_\_\_\_

(12) Dirección: \_\_\_\_\_

(13) Si manejaba otra persona que no sea el asegurado, indique quién la autorizó: \_\_\_\_\_

## DETALLES DEL ACCIDENTE

(14) Fecha del accidente: \_\_\_\_\_ Hora: \_\_\_\_\_

(15) ¿En qué dirección iba el automóvil asegurado? \_\_\_\_\_ Velocidad: \_\_\_\_\_

(16) Dirección donde ocurrió el accidente: \_\_\_\_\_

(17) ¿En qué lado de la calle iba el asegurado? \_\_\_\_\_

(18) En caso de colisión con otro automóvil, ¿en qué dirección iba este último? \_\_\_\_\_

(19) ¿En qué lado de la calle iba el tercero? \_\_\_\_\_ ¿A qué velocidad? \_\_\_\_\_

(20) ¿Tornó nota la Policía? \_\_\_\_\_ Comisario: \_\_\_\_\_ ¿a quién culpó? \_\_\_\_\_

(21) ¿A qué juzgado remitió? \_\_\_\_\_ No. de Oficio: \_\_\_\_\_

(22) Nombre de la persona que manejaba el otro automóvil: \_\_\_\_\_

(23) ¿Estaba el pavimento mojado? \_\_\_\_\_ ¿Era clara la visibilidad? \_\_\_\_\_

Describa el accidente en detalle y haga un diseño a continuación colocando lo que usted crea que ayudará a que se comprenda con facilidad la causa del mismo.

(24) \_\_\_\_\_

(25) \_\_\_\_\_

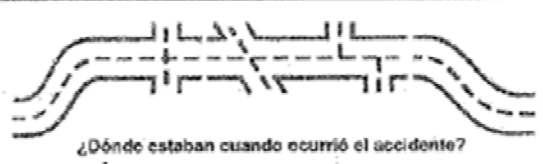
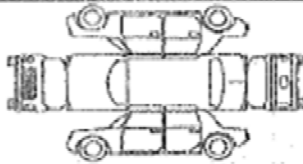
(26) \_\_\_\_\_

(27) \_\_\_\_\_

(28) Cuál cree que fue la causa principal del siniestro: \_\_\_\_\_

(29) \_\_\_\_\_

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



¿Dónde estaban cuando ocurrió el accidente?

(30) Tenía usted preferencia de vía: SI  NO

(31) Había semáforo u otra señal de tránsito: \_\_\_\_\_

(32) \_\_\_\_\_

(33) Longitud \_\_\_\_\_ Latitud \_\_\_\_\_ Error \_\_\_\_\_

## DE LOS TESTIGOS

### Nombres y Direcciones

(34) \_\_\_\_\_

(35) \_\_\_\_\_

(36) \_\_\_\_\_

## DAÑOS AL AUTOMOVIL ASEGURADO

(37) Descripción de los daños: \_\_\_\_\_

(38) \_\_\_\_\_

(39) \_\_\_\_\_

(40) ¿Dónde se encuentra el automóvil ahora? \_\_\_\_\_

(41) Taller: \_\_\_\_\_ Dirección: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Autorizo a Seguros El Roble, S. A., a movilizar el vehículo especificado en los incisos 3 y 4 de este formulario al Centro de la Valuación de Pérdidas de la Aseguradora o sus talleres afiliados con el propósito de verificar y reparar los daños resultado de este accidente, así mismo los autorizo a enviarme información relacionada a este siniestro y mi(s) póliza(s) de seguro vía mensajería de texto a través del servicio de teléfono celular.

Lugar y Fecha: \_\_\_\_\_

NOMBRE

CEDULA/DPI

FIRMA

## DATOS DEL TERCERO (CULPABLE)

(42) Nombre: \_\_\_\_\_ Dirección: \_\_\_\_\_

(43) Teléfono: \_\_\_\_\_ Lugar de Trabajo: \_\_\_\_\_ Tel.: \_\_\_\_\_

(44) Edad: \_\_\_\_\_ No. de Licencia: \_\_\_\_\_ Tipo: \_\_\_\_\_ Vencimiento: \_\_\_\_\_

(45) Automóvil Marca / Línea: \_\_\_\_\_ Placas: \_\_\_\_\_ Año: \_\_\_\_\_

(46) Firma Compromiso: SI  NO  ¿Cuánto? \_\_\_\_\_ Cia. Aseguradora: \_\_\_\_\_ Póliza No.: \_\_\_\_\_

## DE LAS LESIONES A PERSONAS

(47) Nombre de la persona lesionada: \_\_\_\_\_

(48) Dirección: \_\_\_\_\_ Ocupación: \_\_\_\_\_

(49) Naturaleza de las lesiones: \_\_\_\_\_

(50) ¿Tiene algún parentesco con el asegurado? (en caso afirmativo especifique): \_\_\_\_\_

(51) ¿A qué lugar fue trasladada después del accidente? \_\_\_\_\_

(52) Nombre del Médico que la atiende: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

(53) Dirección: \_\_\_\_\_

(54) ¿En qué lugar estaba la persona cuando se produjo el accidente? \_\_\_\_\_

Si hoy más de un lesionado, deben darse los datos aquí solicitados en relación con cada uno de ellos por separado en una hoja aparte.

## DAÑOS A LA PROPIEDAD AJENA

(55) Nombre del Propietario: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

(56) Póliza: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

(57) Dirección: \_\_\_\_\_

(58) Si es automóvil, dé el número de las placas: \_\_\_\_\_ Marca / Línea: \_\_\_\_\_

(59) Tipo: \_\_\_\_\_ Año: \_\_\_\_\_ Tenía seguro el tercero: \_\_\_\_\_ Póliza: \_\_\_\_\_ Cia. Aseguradora: \_\_\_\_\_

(60) Descripción de los daños: \_\_\_\_\_

(61) ¿Dónde se encuentra el automóvil ahora? \_\_\_\_\_

(62) Taller: \_\_\_\_\_ Dirección: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Si además de los descritos anteriormente, se produjeron otros daños a la propiedad ajena descríbalos en una hoja aparte.

Autorizo a Seguros El Roble, S. A., a movilizar el vehículo especificado en los incisos 41 y 42 de este formulario al Centro de Valuación de Pérdidas de la Aseguradora o sus talleres afiliados con el propósito de verificar y reparar los daños resultado de este accidente.

Lugar y Fecha: \_\_\_\_\_

NOMBRE

CEDULA/DPI

FIRMA

ORIGINAL Seguros El Roble

30008 10,000 J. 08/10 - 47

RESERVA Q.

RECLAMO No.

AJUSTADOR