



Aseguradora La Ceiba, S. A.
 20 Calle 15-20, Zona 13
 Edificio "Aseguradora la Ceiba"
 PBX.: 334-8130 /8132
 Fax: 334-8167 y 68
 admin@aceiba.com.gt
 Guatemala, C. A.

**DECLARACION JURADA
 RELATIVA A LA SIGUIENTE RECLAMACION HECHA A LA COMPAÑIA
 ASEGURADORA LA CEIBA. S.A.**

BAJO POLIZA No. _____

Yo _____ Con domicilio en _____
 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 VEHICULO ASEGURADO

MARCA TIPO	AÑO	PLACA	No. DE CHASSIS	No. DE MOTOR	USO QUE SE LE DA
					COLOR

DETALLES DEL ACCIDENTE

Fecha de Siniestro: _____ Hora del Siniestro: _____

Lugar exacto del siniestro: _____

Nombre del piloto: _____ Edad: _____

Relación con el asegurado: _____

Licencia No. _____ Tipo o Clase: _____ Fecha vencimiento: _____

Otras personas que viajaban en el vehículo asegurado y sus direcciones: _____

Testigos y sus direcciones: _____

Qué autoridad conoció del siniestro? _____ A quién culpó? _____

A qué juzgado se remitió? _____

El tercero se comprometió a pagarle algo? _____ Cuánto? Q. _____

Tiene otros seguros sobre el mismo vehículo? _____ Compañía? _____

Cómo ocurrió el siniestro? _____

Cuál cree que fué la causa principal del siniestro? _____

DAÑOS AL VEHICULO ASEGURADO **SECCION I AB RESERVA TENTATIVA** _____

Daños sufridos por el vehículo asegurado como resultado directo del accidente

Nombre del tercero: _____

Dirección: _____ Teléfono: _____

Vehículo marca: _____ Modelo: _____

Año: _____ Placas: _____

Daños causados: _____

Otros daños a propiedad ajena: _____

Compañía Aseguradora: _____ Póliza No. _____

LESIONES CORPORALES A TERCERAS PERSONAS

SECCION II B RESERVA TENTATIVA

Si hubo terceros lesionados a dónde fueron transportados: _____

Nombre	Nat. Daños o Lesiones	Quirúrg.	Hospital	Muerte
_____	_____	()	()	()
_____	_____	()	()	()
_____	_____	()	()	()

LESIONES CORPORALES A OCUPANTES DEL VEHICULO ASEGURADO

SECCION II AB RERSERVA TENTATIVA

Si hubo lesionados en el vehículo asegurado a dónde fueron transportados: _____

Nombre	Nat. Daños o Lesiones	Quirúrg.	Hospital	Muerte
_____	_____	()	()	()
_____	_____	()	()	()
_____	_____	()	()	()

SI EL ACCIDENTE FUE PROVOCADO POR OTRA PERSONA

Nombre del conductor del vehículo culpable _____

Dirección: _____ Teléfono: _____

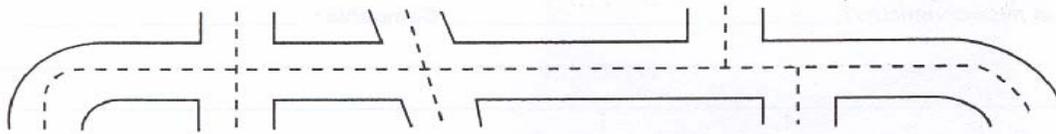
Nombre del dueño del vehículo culpable _____

dirección: _____ Teléfono: _____

VEHICULO CULPABLE: _____ Marca: _____ Modelo: _____

Año: _____ Placas No. _____

Compañía Aseguradora: _____ Póliza No. _____



Muestre al Dirección de los vehículos

TENIA USTED PREFERENCIA DE VIA?

SI

NO

HABIA SEMAFORO?

SI

NO

NOTA: Protesto haber acentado fielmente todos los datos relativo al accidente y a mi reclamación y estar dispuesto a facilitar los informes que ASEGURADORA LA CEIBA, S.A. 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 mio ni por acción de cualquier otra persona con mi consentimiento.

Me comprometo a no aceptar ninguna responsabilidad sin el conocimiento por escrito de la Compañía y a enviar inmediatamente ASEGURADORA LA CEIBA, S.A. cualquier notificación o reclamación que reciba en relación con este siniestro. En caso que el declarante no sea el asegurado deberá demostrar fehacientemente que actua en nombre del mismo en caso de incurrir en omisiones o inexactitudes sera en perjuicio directo del asegurado.

Guatemala, _____ de _____ de _____

FIRMA DEL TESTIGO DE LA DECLARACION

FIRMA DEL ASEGURADO