



ASEGURADORA GENERAL, S.A.

Siniestro No. _____
 Valuación _____
 Vigencia _____
 Deducible _____

DECLARACION DE SINIESTRO EN EL RAMO DE AUTOMOVILES

LOS DATOS SOLICITADOS EN ROJO SON INDISPENSABLES PARA EL TRAMITE DE SU RECLAMO

El señor _____ Domiciliado en _____
 Teléfono _____ Asegurado bajo la póliza No. _____
 Declara que el vehículo marca _____ tipo _____ modelo del año _____
 Motor No. _____ Chassis No. _____ Placas No. _____
 Color _____ Tuvo un accidente causado por Choque, atropello, robo, etc. _____

el día _____ de _____ a las _____ horas y hace la DECLARACION FORMAL acerca de los detalles del siniestro y de la reclamación respectiva que somete por medio de la presente.

Lugar exacto del accidente _____
 Nombre de la persona que guiaba el vehículo _____ Edad _____
 Dirección _____
 Número de Licencia _____ Tipo: _____ Fecha Vencimiento _____
Dato muy importante

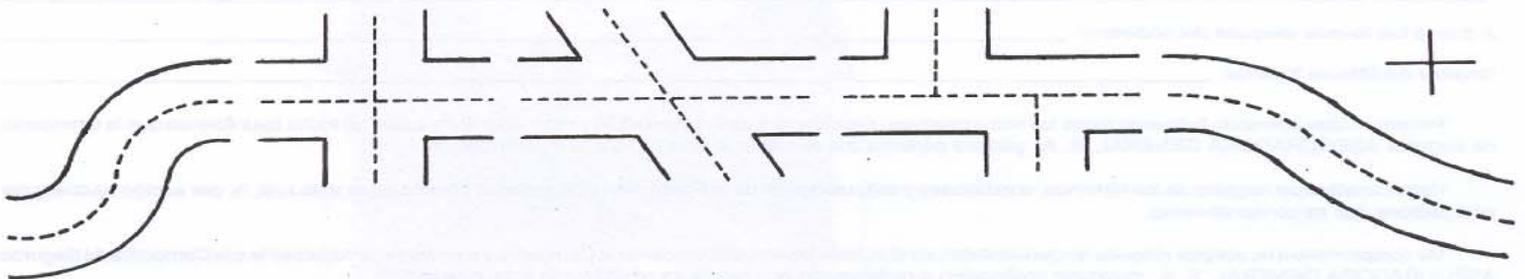
Otras personas que viajaban en el vehículo (nombre y dirección) _____

Testigos del accidente (nombre y dirección) _____

Como ocurrió el accidente _____

Velocidad aproximada a que viajaba: _____

Haga un diseño a continuación para ilustrar la forma del accidente



Muestre la dirección de los vehículos con una flecha, así:

En caso de colisión con otro vehículo, quien manejaba este último _____
 _____, Propietario: _____
 Dirección _____ Tel.: _____ No. de Placa: _____
 Que autoridad tomo conocimiento del accidente y a quién culpó _____

¿Que otros seguros hay vigentes sobre el mismo vehículo? _____

DAÑOS AL VEHICULO ASEGURADO

¿En que lugar se encuentra actualmente el vehículo asegurado? _____

¿Que daños sufrió el vehículo como resultado directo del accidente? _____

DAÑOS A TERCERAS PERSONAS

Daños causados a propiedad de Terceras personas: _____

MARCA: _____ TIPO _____ PLACAS No. _____

Nombre: _____

Dirección: _____ Tel.: _____

Lesiones causadas a Terceras Personas: _____

Nombre: _____

Dirección: _____ Tel.: _____

Ha recibido reclamación por daños o lesiones? _____

Porqué concepto? _____ Porqué cantidad? _____

Ha adquirido usted algún compromiso: _____

LESIONES A LOS OCUPANTES DEL VEHICULO ASEGURADO

Nombres y Direcciones de los ocupantes del vehículo asegurado: _____

Tipo de lesiones sufridas: _____

A donde fue llevado después del accidente: _____

Nombre del Médico tratante: _____

Protesto haber asentado fielmente todos los datos relativos al accidente y a mi reclamación y estar dispuesto a facilitar todos los informes que la Compañía de Seguros ASEGURADORA GENERAL, 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 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 la Compañía de Seguros ASEGURADORA GENERAL, S. A., cualquier notificación o reclamación que reciba en relación con este siniestro.

Fecha en _____ el día _____ de _____

FIRMA _____

Asegurado o su representante legal