



Siniestro No. _____ Recibido en _____ Por _____

Reclamación por Siniestro

SEGURO DE AUTO - VEHICULO

La recepción de este formulario de reclamación no implica un reconocimiento de responsabilidad de parte de la compañía, que tampoco se responsabiliza por los acuerdos o pagos hechos sin su previo consentimiento.

Para evitar demora en la liquidación de su reclamo, de la compañía todas las informaciones posibles acerca del accidente.

CARACTERÍSTICAS DEL VEHICULO

Póliza No.: _____
 Broker: _____
 Marca: _____
 Tipo: _____
 Color: _____
 Año Fabricación: _____
 Placa: _____
 Motor: _____
 Servicio que presta: _____

Nombre del Asegurado: _____ Telf.: _____
 Dirección: _____
 E-mail: _____
 Ocupación: _____
 Datos sobre quien guiaba el vehículo: _____
 Nombre: _____
 Dirección: _____
 Edad: _____ No. de Licencia: _____
 Clase: _____
 Lugar y fecha donde fue expedida: _____
 fecha caducidad licencia: _____
 Es pariente de Asegurado?: _____
 Si es empleado ¿desde cuándo?: _____

Fecha del Accidente: _____ Hora: _____ Lugar: _____

Cantón: _____ Ciudad más próxima: _____

Explique exactamente en qué servicio era empleado el vehículo en ocasión de accidente: _____

¿Era con su consentimiento? _____ ¿Cuántas personas viajaban en el vehículo, inclusive quién lo guiaba? _____

¿De qué naturaleza? _____ ¿EL vehículo transportaba carga? _____

¿A quién pertenecía la carga? _____ ¿Cuál era el peso de esa carga? _____

¿Cuál era la velocidad del vehículo inmediatamente antes del accidente? _____

¿Su vehículo traficaba por su derecha? _____

Describa como ocurrió el accidente (si chocó con otro). ¿Cuál fue el culpable?, etc.: _____

¿Hubo registro policial? _____

¿Qué agentes tomaron nota del parte?: _____

¿Ante qué autoridad?: _____

¿Qué juzgado interviene en el caso?: _____

¿Quién fue el causante del accidente según el parte Policial?: _____

¿Está detenido el conductor?: _____

Lugar donde se halla su vehículo: _____
 Taller donde va a ser reparado: _____

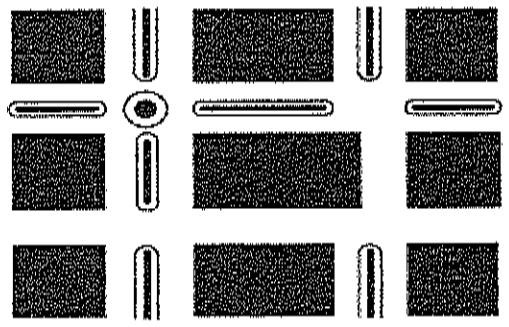
DETALLE DE LOS DAÑOS DE SU VEHÍCULO

DETALLE DE LOS DAÑOS CAUSADOS A TERCEROS	DAÑOS PERSONALES	EN CASO DE DAÑOS PERSONALES CAUSADOS A TERCEROS (Excluyendo pasajeros de su vehículo) QUIERE INDICAR: _____ Nombre de la víctima: _____ Dirección: _____ Profesión: _____ Edad (aprox.): _____ Sexo: _____ Naturaleza del daño: _____ ¿La víctima recibió socorro? _____ ¿fue el accidente debido a la imprudencia de la víctima? _____
	DAÑOS MATERIALES	EN CASO DE DAÑOS CAUSADOS A LA PROPIEDAD DE TERCEROS; QUIERE INDICAR: Nombre del reclamante: _____ Telf.: _____ Dirección: _____ E-mail: _____ Objeto dañado (Vehículo): _____ Naturaleza del daño: _____ _____ Cuantía reclamada: _____

T E S T I G O S	INDEPENDIENTES	NOMBRE	DIRECCION
		_____	_____
	PASAJEROS DE SU VEHICULO	NOMBRE	DIRECCION
	_____	_____	
AUTORIDADES	NOMBRE	DIRECCION	
	_____	_____	

Declaro que las informaciones antes expresadas son exactas en todos sus detalles y que estoy pronto a prestar a la Compañía toda la asistencia y apoyo que esté a mi alcance para la buena liquidación de esta reclamación.

CROQUIS DEL LUGAR DEL ACCIDENTE:



Fecha: _____

_____ **FIRMA DEL ASEGURADO**