

DECLARACIÓN DE SINIESTRO AUTO

DATOS DEL CONTRATANTE

Nombre del contratante	Póliza No.	No. siniestro
------------------------	------------	---------------

DATOS DEL ASEGURADO

Nombre completo	Tipo de documento <input type="radio"/> Cédula <input type="radio"/> Pasaporte	No. documento identificación
-----------------	---	------------------------------

Correo electrónico

DATOS DEL CONDUCTOR (si es diferente al asegurado)

Nombre completo	Tipo de documento <input type="radio"/> Cédula <input type="radio"/> Pasaporte	No. documento identificación
-----------------	---	------------------------------

Estado civil	Relación con asegurado	Categoría de licencia	Fecha de vencimiento
--------------	------------------------	-----------------------	----------------------

Teléfono casa	Oficina	Celular	Correo electrónico
---------------	---------	---------	--------------------

INFORMACIÓN DEL VEHÍCULO

Marca	Modelo	Placa	Tipo
-------	--------	-------	------

Color	Uso	Año de fabricación	No. chasis
-------	-----	--------------------	------------

ESPECIFICACIONES DEL SINIESTRO

Fecha de notificación	Fecha de ocurrencia del siniestro	Hora
-----------------------	-----------------------------------	------

Lugar de ocurrencia

Ubicación actual del vehículo

Intervino autoridad <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	Indique cuál autoridad
--	------------------------

Narre cómo ocurrieron los hechos y los daños del vehículo

DATOS DE LOS DAÑOS OCASIONADOS

Daños causados a
 Vehículos Propiedades

Marca	Modelo	Placa	Año de fabricación
-------	--------	-------	--------------------

Color	Uso	Chasis
-------	-----	--------

Está asegurado (a) <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	Compañía aseguradora	No. póliza
---	----------------------	------------

Nombre del propietario	Ocupación
------------------------	-----------

No. documento identificación	Tipo de documento <input checked="" type="radio"/> Cédula <input type="radio"/> Pasaporte
------------------------------	--

Dirección

Teléfono casa	Oficina	Celular
---------------	---------	---------

Descripción de los daños

LESIONES O MUERTE A PERSONAS (en caso de existir más de uno, llenar esta sección en otro formulario)

¿Existen personas lesionadas? <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No		Tipo <input type="radio"/> Tercero <input type="radio"/> Pasajero		Cantidad de lesionados	Cantidad de fallecidos
Nombre de tercero o pasajero			Tipo de documento <input type="radio"/> Cédula <input type="radio"/> Pasaporte		No. documento identificación
Dirección			Número	Edificio o plaza	
Sector			Ciudad / municipio		
Teléfono casa	Oficina	Celular	Correo electrónico		

¿Hubo testigos?
 Sí No

Nombre y apellidos	Teléfono
Nombre y apellidos	Teléfono

Observaciones

Declaro bajo la fe del juramento y certifico que he leído todas las preguntas reflejadas en esta solicitud y que las respuestas, informaciones y afirmaciones declaradas son ciertas, completas y responden íntegramente a la verdad, sin aumentar, disminuir o tergiversar circunstancias que puedan afectar la apreciación de los hechos. Nos reservamos el derecho de realizar las investigaciones correspondientes a los fines de evaluar la presente declaración. En caso de que el vehículo resulte en pérdida total, nos autoriza para trasladar la unidad asegurada hacia donde indique.

Firma del asegurado / declarante

Fecha y lugar