



FORMULARIO DE DECLARACIÓN DE SINIESTRO AUTOMOTORES

Regional: Póliza N° Fecha: Siniestro N°

Datos del Asegurado:

Asegurado: (Nombre Completo ó Razón Social)
Domicilio: Teléfono:
Dirección Comercial: Teléfono:
Correo Electrónico:
Nacionalidad: Cédula de Identidad: Extensión:

Datos del Vehículo Asegurado:

Tipo de Vehículo: Marca:
Modelo: Año: Color: Placa:
Usos del Vehículo: Particular: Público: Oficial: Diplomático: Alquiler:

Comunico a ustedes, que el automotor arriba descrito, ha sufrido un accidente/robo, en las circunstancias siguientes:

Hora: Fecha: Accidente: Robo:
Lugar hecho:
Comisaría que intervino: Caso N°:
Detalle del evento:

Descripción de daños en el Vehículo Asegurado:

Relación de Daños/Fallas:

RESPONSABILIDAD CIVIL (Por daños causados a terceros)

Vehículo:

Propietario del vehículo:
Domicilio Particular: Teléfono:
Domicilio Comercial: Teléfono:
Nombre del Conductor:
Dirección: Teléfono:
Marca: Modelo: Año: Color: Placa:
Número de Licencia de Conducir: Fecha de vencimiento:
Categoría de la Licencia de Conducir: P: A: B: C: M: Expedido:
Se encuentra asegurado: (Cía. De Seguros)
Relación de Daños:

FORMULARIO DE DECLARACIÓN DE SINIESTRO AUTOMOTORES

Lesiones personales: (si le falta espacio, use una hoja adicional)

Nombre del lesionado: Dirección: Teléfono:

Pasajero: Peatón: Ocupante del otro vehículo:

Centro médico donde recibe atenciones

Nombre del médico

Daños a la propiedad de terceros (ornato público y/u otras)

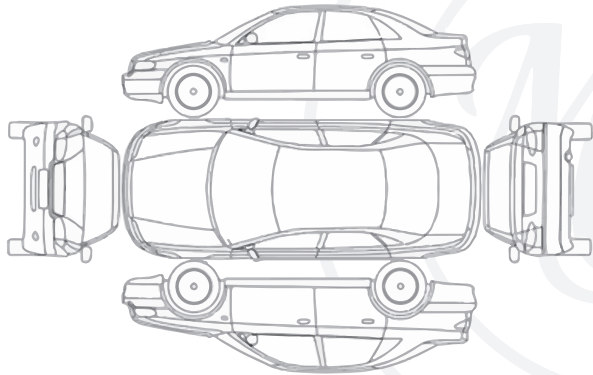
Nombre del propietario

Dirección

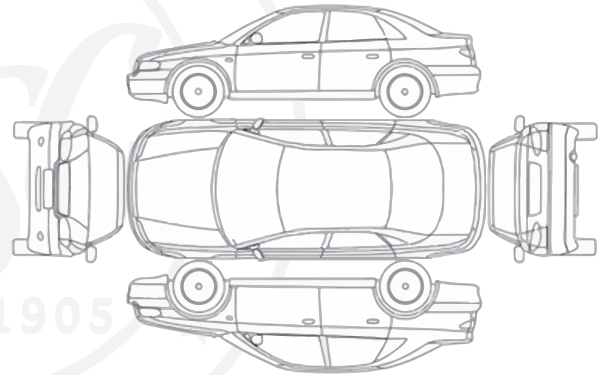
Teléfono

Descripción de los daños:

DAÑOS VISIBLES DEL VEHÍCULO ASEGURADO



DAÑOS VISIBLES DEL VEHÍCULO DE TERCERO



CROQUIS DE OCURRENCIA DEL SINIESTRO

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

DECLARO BAJO JURAMENTO QUE LOS DATOS SEÑALADOS EN LA PRESENTE DENUNCIA SON VERDADEROS Y NO SE HA OMITIDO NINGÚN HECHO, DETALLE IMPORTANTE RELACIONADO CON LA INFORMACIÓN SOLICITADA, COMPROMETIÉNDOME A COOPERAR CON LA CIA. ASEGURADORA PARA LA MEJOR DEFENSA DE SUS INTERESES EN LA OBTENCIÓN DE DOCUMENTACIÓN ADICIONAL Y/O EN LAS INVESTIGACIONES PERTINENTES.

NOTA: ESTA INFORMACIÓN PUEDE SER UTILIZADA ANTE LOS TRIBUNALES DE JUSTICIA, SIN RESPONSABILIDAD PARA LA COMPAÑIA MERCANTIL SANTA CRUZ SEGUROS Y REASEGUROS GENERALES S.A.

Lugar y Fecha:

Firma y Sello del Asegurado y/o Conductor

Nombre completo:

C.I.:

Hora: