

## DECLARACION

### DATOS DE LA POLIZA

POLIZA No. \_\_\_\_\_ BIEN ASEGURADO No. \_\_\_\_\_  
 NOMBRE DE LA POLIZA: \_\_\_\_\_  
 DIRECCION: \_\_\_\_\_  
 TELEFONO: \_\_\_\_\_ AGENTE O CORREDOR: \_\_\_\_\_

### DATOS DEL SINIESTRO

#### VEHICULO ASEGURADO

MARCA: \_\_\_\_\_ TIPO: \_\_\_\_\_ AÑO: \_\_\_\_\_  
 PLACA: \_\_\_\_\_ COLOR: \_\_\_\_\_  
 MOTOR: \_\_\_\_\_ CHASSIS: \_\_\_\_\_  
 PERSONA QUE GUIABA EL VEHICULO: \_\_\_\_\_  
 EDAD: \_\_\_\_\_ NUMERO Y FECHA DE LICENCIA: \_\_\_\_\_  
 FECHA DEL SINIESTRO: \_\_\_\_\_ HORA: \_\_\_\_\_  A.M.  P.M.  
 TIPO DE SINIESTRO: (COLISION, ATROPELLO, ROBO, ETC.) \_\_\_\_\_  
 DIRECCION DEL SINIESTRO: \_\_\_\_\_  
 ¿COMO OCURRIO EL SINIESTRO? \_\_\_\_\_

¿QUE DAÑOS SUFRIO EL VEHICULO ASEGURADO? \_\_\_\_\_

¿EXISTE OTRO SEGURO VIGENTE PARA EL VEHICULO?  SI  NO DONDE? \_\_\_\_\_

¿TOMO PARTE LA POLICIA NACIONAL?  SI  NO CUERPO: \_\_\_\_\_

¿A QUIEN CULPO? \_\_\_\_\_

¿SUFRIERON DAÑO LOS OCUPANTES DEL VEHICULO ASEGURADO?  SI  NO

NOMBRE DE LOS LESIONADOS Y TIPO DE LESION? \_\_\_\_\_

EN QUE LUGAR SE ENCUENTRA: EL VEHICULO: \_\_\_\_\_

**DAÑOS A TERCEROS** LOS LESIONADOS: \_\_\_\_\_

MARCA: \_\_\_\_\_ TIPO: \_\_\_\_\_ AÑO: \_\_\_\_\_

PLACA: \_\_\_\_\_ COLOR: \_\_\_\_\_ MOTOR O CHASSIS: \_\_\_\_\_

PERSONA AFECTADA: \_\_\_\_\_

DIRECCION: \_\_\_\_\_ TELEFONO: \_\_\_\_\_

NUMERO DE NIT O CEDULA: \_\_\_\_\_

DAÑOS SUFRIDOS POR LA PROPIEDAD AJENA Y/O PERSONAS: \_\_\_\_\_

EN QUE LUGAR SE ENCUENTRA: EL VEHICULO: \_\_\_\_\_

LOS LESIONADOS: \_\_\_\_\_

CULPABLE:  SI  NO

Protesto haber sentido fielmente todos los datos relativos al accidente y a mi reclamación y estar dispuesto a facilitar todos los informes que Seguros C & T, S. A., pudieren pedirme con respecto al siniestro 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 acciones de cualquier otra persona con mi consentimiento.

Me comprometo a no aceptar ninguna responsabilidad sin el consentimiento por escrito de la Compañía y enviar inmediatamente a Seguros G & T, S. A., cualquier notificación ó reclamación que reciba en relación a éste siniestro.

FECHA: \_\_\_\_\_ FIRMA DEL ASEGURADO: \_\_\_\_\_

**RECEPCION**

RECLAMO No.: \_\_\_\_\_ RIESGOS CUBIERTOS: \_\_\_\_\_

TOTAL ASEGURADO: \_\_\_\_\_ RIESGOS AFECTADOS: \_\_\_\_\_

DEDUCIBLE: \_\_\_\_\_ VIGENCIA: \_\_\_\_\_

ADMINISTRATIVO RESPONSABLE: \_\_\_\_\_

EL CONDUCTOR HA PRESENTADO RECLAMO EN LOS ULTIMOS DOCE MESES:  SI  NO

**AJUSTADOR Y SUPERVISOR:**

SE PRESENTO AJUSTADOR A ATENDER LA EMERGENCIA:  SI  NO

AJUSTADOR QUE ATENDIO: \_\_\_\_\_

RESERVAS ESTIMADAS: IAB \_\_\_\_\_

IIAB \_\_\_\_\_

IIIAB \_\_\_\_\_

¿TIENE SEGURO EL TERCERO Y/O CULPABLE?  SI  NO DONDE: \_\_\_\_\_

CONSIDERA QUE EL TERCERO PUDIERA SER UN FUTURO CLIENTE DE G&T.  SI  NO

SEGUN LAS CONDICIONES GENERALES DE LA POLIZA, CONSIDERA QUE EL RECLAMO ESTA:

BIEN JUSTIFICADO:

MAL JUSTIFICADO. POR QUE? \_\_\_\_\_

¿UTILIZO GRUA?  SI  NO NOMBRE DE LA GRUA: \_\_\_\_\_

¿SE PRESENTO ABOGADO?  SI  NO ¿QUIEN? \_\_\_\_\_

¿SE PRESENTO RECUPERADOR?  SI  NO ¿QUIEN? \_\_\_\_\_

AJUSTADOR ASIGNADO PARA LA INSPECCION: \_\_\_\_\_

LUGAR DE INSPECCION: ASEGURADO TALLER  \_\_\_\_\_

TOLDO

TERCERO TALLER  \_\_\_\_\_

TOLDO

**DESCRIPCION GRAFICA DEL SINIESTRO**

DIBUJE COMO OCURRIO EL SINIESTRO, YA SEA POR CHOQUE, INCENDIO U OTRA CAUSA.

