

Para poder procesar debidamente su reclamación es indispensable complete la información requerida.

Yo \_\_\_\_\_

Con domicilio en: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_ Cel.: \_\_\_\_\_ Correo: \_\_\_\_\_

Hago la siguiente Declaración Jurada acerca de los detalles del siniestro especificado a continuación, así como de los datos de la póliza.

\_\_\_\_\_ con el No. del bien \_\_\_\_\_ que ampara el vehículo que se describe a continuación:

NOTA: Es importante para la validez de su reclamación que al momento del siniestro las primas de su seguro se encuentren pagadas según lo estipulado en el contrato del seguro.

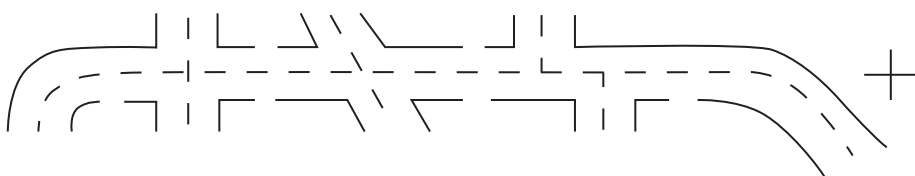
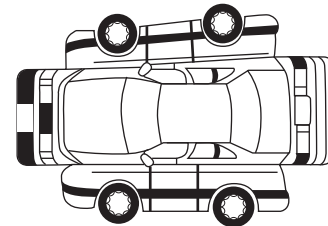
**DATOS DEL VEHÍCULO ASEGURADO**

Uso que se le da: \_\_\_\_\_

Marca - Estilo	Año	Placa	Número de Chasis	Número de Motor	Color	Tonelaje

USO:  PARTICULAR  COMERCIAL  OTRO ESPECIFIQUE \_\_\_\_\_

**DETALLES DEL ACCIDENTE**

Fecha del siniestro:		Hora del siniestro:	
Lugar exacto del siniestro:			
Nombre del piloto:		Sexo:	Edad:
Dirección particular del piloto:		Teléfono:	
Relación con el asegurado:			
Licencia No.:	Tipo:	Fecha de vencimiento:	
Otras personas que viajaban en el vehículo asegurado y sus direcciones			
Testigos y sus direcciones			
¿Qué autoridad conoció del siniestro?		Comisaría:	
¿A qué juzgado se remitió?		No. de oficio:	
¿El tercero, se comprometió a pagarle algo?		¿Cuánto? Q.	
¿Tiene otros seguros sobre el mismo vehículo?		Compañía:	
¿El vehículo fue comprado a través de alguna financiera?		Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	¿Cuál?
¿En qué lugar se encuentra actualmente el vehículo asegurado?			
¿Cómo ocurrió el siniestro? _____			
¿Cuál cree que fue la causa principal del siniestro? _____			
1. Indique en uno de estos esquemas el rumbo o la posición de su vehículo, así como el del otro con respecto al suyo:			
2. Marcar con una cruz el lugar del daño del vehículo.			
			
¿Tiene usted preferencia de vía? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		¿Había semáforo u otra señal de tránsito? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	

**SECCIÓN 1 AB - DAÑOS AL VEHÍCULO ASEGURADO**

Daños sufridos por el vehículo asegurado como resultado directo del accidente

**SECCIÓN 2 A - DAÑOS MATERIALES A LA PROPIEDAD AJENA**

Nombre del Piloto:				
Nombre del Propietario:				
Dirección:			Teléfono:	
Marca Vehículo:	Línea:	Color:	Placa:	Año:
Daños causados:				
Lugar en que se encuentra el vehículo:				
Otros daños a la propiedad ajena:				
¿Tenía seguro el tercero?		Póliza No.:		Cía. Aseguradora:

**SECCIÓN 2 B - LESIONES CORPORALES A TERCERAS PERSONAS**

Si hubo terceros lesionados ¿A dónde fueron trasladados?		
Nombre del Médico:		
Nombre	Naturaleza de las lesiones	Muerte
		( )
		( )
		( )

**SECCIÓN 3 AB - LESIONES CORPORALES A OCUPANTES DEL VEHÍCULO ASEGURADO**

Si hubo terceros lesionados en el vehículo asegurado ¿A dónde fueron trasladados?		
Nombre del Médico:		
Nombre	Naturaleza de las lesiones	Muerte
		( )
		( )
		( )

**SI EL ACCIDENTE FUE PROVOCADO POR OTRA PERSONA**

Nombre del conductor del vehículo culpable:				
Dirección:			Teléfono:	
Nombre del dueño del vehículo culpable:				
Dirección:			Teléfono:	
VEHÍCULO CULPABLE:	Marca:	Línea:	Año:	
Placa No.:	Cía. Aseguradora:		Póliza No.:	

NOTA: Protesto haber asentado fielmente todos los datos relativos al accidente y a mi reclamación y estar dispuesto a facilitar los informes que Aseguradora Confío, pudieran 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 Aseguradora Confío, Sociedad Anónima, cualquier notificación o reclamación que reciba en relación con este siniestro.

En caso de que el declarante no sea el asegurado deberá demostrar fehacientemente que actúa en nombre del mismo, en caso de incurrir en omisiones o inexactitudes, será en perjuicio del asegurado.

Guatemala, \_\_\_\_\_ de 20 \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma del Asegurado