



Compañía de Seguros, S.A.

DECLARACION JURADA DE AVISO DE SINIESTRO

Nombre de la Compañía: _____

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

Yo, _____ Con domicilio en: _____

_____ Teléfono: _____ E-mail: _____

Hago la siguiente Declaración Jurada acerca de los detalles del siniestro especificado a continuación, así como los datos de la Póliza de seguro No. _____ que ampara el vehículo que se describe a continuación:

DATOS DEL VEHICULO ASEGURADO

Tipo: _____

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

Uso: Particular Comercial Otro Especifique: _____

DETALLES DEL ACCIDENTE

Fecha del Siniestro: Dia: _____ Mes: _____ Año: _____ Hora del Siniestro: _____

Lugar Exacto del Siniestro: _____

Nombre del piloto: _____ Sexo: _____ Edad: _____ Nacionalidad: _____

Dirección Particular del Piloto: _____ Teléfono: _____

Relación del piloto con el Asegurado: _____

Licencia No.: _____ Tipo: _____ Fecha de Vencimiento: _____ DPI: _____

Otras Personas que viajaban en el vehículo asegurado y sus direcciones: _____

Testigos y sus direcciones: _____

¿Qué autoridad conoció del siniestro? _____ Comisaría: _____ ¿A quién culpó? _____

¿A que juzgado se remitió? _____ No. de Oficio: _____

¿El tercero, se comprometió a pagarle algo? _____ ¿Cuánto? Q. _____

¿Tiene otros seguros sobre el mismo vehículo? _____ Compañía: _____

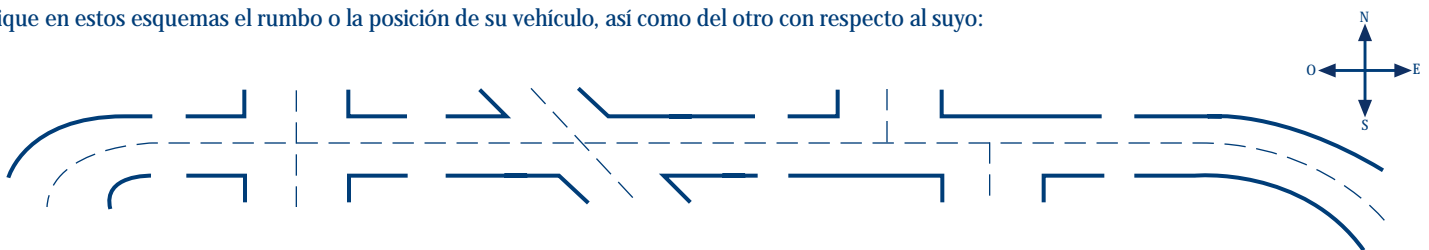
¿El vehículo fue comprado a través de alguna financiera? si no ¿Cual? _____

¿En qué lugar se encuentra actualmente el vehículo asegurado? _____

¿Cómo ocurrió el siniestro? _____

¿Cual cree que fue la causa principal del siniestro? _____

Indique en estos esquemas el rumbo o la posición de su vehículo, así como del otro con respecto al suyo:



¿Tenía Usted preferencia de vía? Si No ¿Había semáforo u otra señal de tránsito? Si No

SECCION 1 AB - DAÑOS AL VEHICULO ASEGURADO

Daños sufridos por el vehículo asegurado como resultado directo del accidente:

Si además se produjeron otros daños a la propiedad de otras personas, dé los datos en hoja adicional.

SECCION 2 A - DAÑOS MATERIALES A LA PROPIEDAD AJENA

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

Si además se produjeron otros daños a la propiedad de otras personas, dé los datos en hoja adicional.

SECCION 2 B - LESIONES CORPORALES A TERCERAS PERSONAS

Si hubo terceros lesionados ¿A dónde fueron trasladados?			
		Nombre del Médico:	
Nombre	Nat. o Lesiones	Quirurg.	Hospital
		()	()
		()	()
		()	()

Si además se produjeron otros daños a la propiedad de otras personas, dé los datos en hoja adicional.

SECCION 3 AB - LESIONES CORPORALES A OCUPANTES DEL VEHICULO ASEGURADO

Si hubo lesionados en el vehículo asegurado ¿A dónde fueron trasladados?			
		Nombre del Médico:	
Nombre	Nat. o Lesiones	Quirurg.	Hospital
		()	()
		()	()
		()	()

Si además se produjeron otros daños a la propiedad de otras personas, dé los datos en hoja adicional.

SI EL ACCIDENTE FUE PROVOCADO POR OTRA PERSONA

Nombre del conductor del vehículo culpable:		E-mail:	
Dirección:			Teléfono:
Nombre del dueño del vehículo culpable:		E-mail:	
Dirección:			Teléfono:
VEHICULO CULPABLE:	Marca:	Modelo:	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 los informes que ASSA, pudiera 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 ASSA, cualquier notificación o reclamación que reciba en relación a este siniestro.

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

“Declaro que, en cumplimiento de los artículos 13 y 14 de la Ley Para el Reconocimiento de las Comunicaciones y Firmas Electrónicas, Decreto 47-2008, autorizo a la Compañía de Seguros a consultar información referente a reclamos sobre las pólizas de seguros contratadas a mi favor así como información sobre datos personales, bienes y relaciones con terceros, en base a los artículos 1, 2, 9 numeral 1 y 64 de la Ley del Acceso a la información Pública, Decreto 57 -2008, autorización que permanecerá mientras subsista cualquier acto pendiente relacionado en forma directa o indirecta con la relación contractual con las partes existentes.

Guatemala, _____ de _____ de _____.

Firma y sello del Asegurado