



REPORTE DE SINIESTRO DE AUTOMOVIL

ANEXO 2

No. _____

BAJO LA POLIZA No. _____

(1) Yo, _____ Con Domicilio en : _____

(2) _____ Teléfono: _____

Hago la siguiente Declaración Jurada acerca de los detalles del siniestro especificado a continuación, así como los datos de la póliza de seguro que ampara el mismo y el vehículo que se describe:

DATOS DEL AUTOMOVIL ASEGURADO

(3) Marca: _____ Modelo: _____ Motor No.: _____ Placas No.: _____

(4) Chasis No.: _____ Línea: _____ Color: _____

(5) ¿Qué uso se le estaba dando al momento del accidente? _____

(6) _____

(7) ¿Tiene otros seguros sobre el mismo vehículo? _____

DEL CONDUCTOR

(8) Nombre de la persona que conducía el automóvil al momento del accidente: _____

(9) Teléfono: _____ Sexo: _____

(10) Edad: _____ ¿Tenía Licencia? SI NO Indique el Número: _____

(11) Clase: _____ Fecha de Vencimiento: _____

(12) Dirección: _____

(13) Si manejaba otra persona que no sea el asegurado, indique quién la autorizó: _____

DETALLES DEL ACCIDENTE

(14) Fecha del accidente: _____ Hora: _____

(15) ¿En qué dirección iba el automóvil asegurado? _____ Velocidad: _____

(16) Dirección donde ocurrió el accidente: _____

(17) ¿En qué lado de la calle iba el asegurado? _____

(18) En caso de colisión con otro automóvil, ¿en qué dirección iba este último? _____

(19) ¿En qué lado de la calle iba el tercero? _____ ¿A qué velocidad? _____

(20) ¿Tomó nota la Policía? _____ Comisaría: _____ ¿a quién culpó? _____

(21) ¿A qué juzgado remitió? _____ No. de Oficio: _____

(22) Nombre de la persona que manejaba el otro automóvil: _____

(23) ¿Estaba el pavimento mojado? _____ ¿Era clara la visibilidad? _____

Describe el accidente en detalle y haga un diseño a continuación colocando lo que usted crea que ayudará a que se comprenda con facilidad la causa del mismo.

(24) _____

(25) _____

(26) _____

(27) _____

(28) Cuál cree que fue la causa principal del siniestro: _____

(29) _____

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

b) Marcar con una cruz el lugar del daño.

(30) Tenía usted preferencia de vía: SI NO

(31) Había semáforo u otra señal de tránsito: _____

(32) _____

(33) Longitud _____ Latitud _____ Error _____



¿Dónde estaban cuando ocurrió el accidente?

DE LOS TESTIGOS

Nombres y Direcciones

(34) _____

(35) _____

(36) _____

DAÑOS AL AUTOMOVIL ASEGURADO

(37) Descripción de los daños: _____

(38) _____

(39) _____

(40) ¿Dónde se encuentra el automóvil ahora? _____

(41) Taller: _____ Dirección: _____ Teléfono: _____

Autorizo a Seguros El Roble, S. A., a movilizar el vehículo especificado en los incisos 3 y 4 de este formulario al Centro de la Valuación de Pérdidas de la Aseguradora o sus talleres afiliados con el propósito de verificar y reparar los daños resultado de este accidente, así mismo les autorizo a enviarme información relacionada a este siniestro y mi(s) póliza(s) de seguro vía mensajería de texto a través del servicio de teléfono celular.

Lugar y Fecha: _____

NOMBRE

CEDULA/DPI

FIRMA

DATOS DEL TERCERO (CULPABLE)

(42) Nombre: _____ Dirección: _____

(43) Teléfono: _____ Lugar de Trabajo: _____ Tel.: _____

(44) Edad: _____ No. de Licencia: _____ Tipo: _____ Vencimiento: _____

(45) Automóvil Marca / Línea: _____ Placas: _____ Año: _____

(46) Firma Compromiso: SI NO ¿Cuánto? _____ Cia. Aseguradora: _____ Póliza No.: _____

DE LAS LESIONES A PERSONAS

(47) Nombre de la persona lesionada: _____

(48) Dirección: _____ Ocupación: _____

(49) Naturaleza de las lesiones: _____

(50) ¿Tiene algún parentesco con el asegurado? (en caso afirmativo especifique): _____

(51) ¿A qué lugar fue trasladada después del accidente? _____

(52) Nombre del Médico que la atiende: _____ Teléfono: _____

(53) Dirección: _____

(54) ¿En qué lugar estaba la persona cuando se produjo el accidente? _____

Si hay más de un lesionado, deben darse los datos aquí solicitados en relación con cada uno de ellos por separado en una hoja aparte.

DAÑOS A LA PROPIEDAD AJENA

(55) Nombre del Propietario: _____ Teléfono: _____

(56) Piloto: _____ Teléfono: _____

(57) Dirección: _____

(58) Si es automóvil, dé el número de las placas: _____ Marca / Línea: _____

(59) Tipo: _____ Año: _____ Tenía seguro el tercero: _____ Póliza: _____ Cia. Aseguradora: _____

(60) Descripción de los daños: _____

(61) ¿Dónde se encuentra el automóvil ahora? _____

(62) Taller: _____ Dirección: _____ Teléfono: _____

Si además de los descritos anteriormente, se produjeron otros daños a la propiedad ajena descríbalos en una hoja aparte.

Autorizo a Seguros El Roble, S. A., a movilizar el vehículo especificado en los incisos 41 y 42 de este formulario al Centro de Valuación de Pérdidas de la Aseguradora o sus talleres afiliados con el propósito de verificar y reparar los daños resultado de este accidente.

Lugar y Fecha: _____

NOMBRE

CEDULA/DPI

FIRMA

ORIGINAL Seguros El Roble

30009 10,000 J. 08/10 - 47

RESERVA Q.

RECLAMO No.

AJUSTADOR