

**LATINA SEGUROS C.A.**  
**SEGURO DE VEHÍCULOS**  
**AVISO DE SINIESTRO**

**INFORMACIÓN DEL ASEGURADO**

Nombre	:				
C.I. / RUC	:		Actividad	:	
Ciudad	:		Provincia	:	
Teléfono	:		Celular	:	
Email	:				
APS	:				

**INFORMACIÓN DEL VEHÍCULO**

Marca	:		Modelo	:	
Año	:		Placa	:	
Uso	:		Color	:	
Chasis	:		Motor	:	

**INFORMACIÓN DEL CONDUCTOR**

Nombre	:				
C.I.	:		Actividad	:	
Ciudad	:		Provincia	:	
Teléfono	:		Celular	:	
Fecha de Nacimiento	:		Relación con el Asegurado	:	
Ocupación	:		Género	:	
Tipo de Licencia	:		Fecha de caducidad	:	
Email	:				

**INFORMACIÓN DEL SINIESTRO**

Fecha	:		Hora	:	
Lugar	:				
Ciudad	:		Provincia	:	
Ocupantes	:		Velocidad	:	
¿Existió denuncia o parte de las autoridades de tránsito?			:	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
¿Existieron testigo del accidente			:	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Nombre	:		Teléfono	:	
Nombre	:		Teléfono	:	

Explique cómo ocurrió el siniestro:

---



---



---

Señale el lugar afectado de su vehículo:



**INFORMACIÓN DE RESPONSABILIDAD CIVIL**

¿Causó usted en el accidente daños a terceros?	:	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
--	---	---

**DETALLE DEL TERCERO AFECTADO**

Nombre	:			
C.I.	:	Actividad	:	
Ciudad	:	Provincia	:	
Teléfono	:	Celular	:	
Ocupación	:	Género	:	
Email	:			

**DETALLE DEL BIEN AFECTADO**

Objeto	:	
Detalles	:	

**DETALLE DEL VEHÍCULO AFECTADO**

Marca	:	Modelo	:	
Año	:	Placa	:	
Chasis	:	Motor	:	
Uso	:	Color	:	

Señale el lugar afectado de su vehículo:

**DETALLE DE PERSONAS HERIDAS**

Nombre	C.I.	Dirección	Teléfono

Autorizo a LATINA SEGUROS C.A. a verificar y solicitar toda la documentación que tenga relación con este siniestro reportado según lo indicado en las condiciones generales de la póliza.

Declaro que la información antes expresada es exacta en todos sus detalles y que estoy listo a presentar a la Compañía todo la asistencia y apoyo para la liquidación de este siniestro. La falsedad en cualquier información proporcionada conllevará a la pérdida de derecho a la indemnización según las condiciones de la Póliza.

Lugar y Fecha:

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

El Asegurado, podrá solicitar a la Superintendencia de Compañías, Valores y Seguros, la verificación de este texto.

Nota: La Superintendencia de Compañías, Valores y Seguros para efectos de control asignó al presente formulario el número SCVS-6-7-0-SF-12, el 10 de Marzo de 2017.