

DECLARACIÓN DE SINIESTRO DE AUTOMÓVILES

PLACA DEL VEHICULO ASEGURADO _____
 FECHA DE AVISO A LA COMPAÑÍA _____
 FECHA DE OCURRENCIA DEL SINIESTRO _____
 HORA DE OCURRENCIA DEL SINIESTRO _____

DATOS DEL ASEGURADO

Nombre del asegurado _____
 C.C _____
 Dirección Actual _____

TELÉFONOS DE CONTACTO

Fijo _____
 Celular _____
 Ciudad _____
 Departamento _____
 Correo Electrónico _____

DATOS DEL CONDUCTOR

Nombre del Conductor _____
 C. C _____
 Dirección Actual _____

TELÉFONOS DE CONTACTO

Fijo _____
 Celular _____
 Ciudad _____
 Departamento _____
 Correo Electrónico: _____

OCURRENCIA DEL SINIESTRO

Dirección Exacta _____
 Ciudad _____
 Departamento _____

TIPO DE SINIESTRO

CHOQUE SIMPLE
 CHOQUE MÚLTIPLE
 VOLCAMIENTO
 CON LESIONADOS
 CUANTOS?

SI	NO
SI	NO
SI	NO
SI	NO

Si su respuesta es positiva, relacione que personas resultaron afectadas

Nombre _____
 Nombre _____
 Nombre _____

CON MUERTOS
 CUANTOS?

SI	NO
----	----

Si su respuesta es positiva, relacione que personas resultaron afectadas

Nombre _____
 Nombre _____
 Nombre _____

INTERVINO TRANSITO?

SI NO

Existen Testigos del Siniestro?

SI NO

Su si respuesta es positiva, nombre los testigos y sus datos

Testigo 1

Testigo 2

ASISTENCIA AL SITIO

Dio aviso a la compañía?

SI NO

Si su respuesta es negativa, cuéntenos por favor el motivo

Si su respuesta es positiva, por favor responda las siguientes preguntas:

Señale que servicios le prestaron en el momento del siniestro

PERITO AL SITIO

SI NO

Tomaron Fotos?

SI NO

GRÚA

SI NO

ABOGADO

SI NO

Nombre del Abogado

TAXI

SI NO

Nombre del asesor que le contesto en la línea de asistencia

Cree usted que la información fue correcta, concreta y oportuna?

SI NO

Si su respuesta es negativa, cuéntenos por favor el motivo

Comente por favor la calidad de los servicios prestados, siendo 1 la mas baja y 5 la mas alta, si es menos de 3 indique por que:

Oportunidad

1 2 3 4 5

Calidad

1 2 3 4 5

OTROS VEHÍCULOS INVOLUCRADOS

En el siniestro resultaron involucrados otros vehículos?

SI NO

Cuantos?

CONFIRMACIÓN CONOCIMIENTO PÓLIZA

En el momento de tomar el seguro le fue suministrado el condicionado de la póliza?

SI NO

Tiene conocimiento de todos los amparos que tiene su póliza?

SI NO

Tiene conocimiento de que es el deducible en la póliza?

SI NO

Sabe usted como actuar en caso de siniestro?

SI NO

Sabe donde comunicarse en caso de siniestro?

SI NO

Conoce usted el deducible que aplica para cada amparo?

SI NO

Sabe que documentos debe presentar para la reclamación?

SI NO

SUGERENCIAS

Por favor en este espacio comente, sus inquietudes, sugerencias, recomendaciones, quejas, reclamos, felicitaciones y todo aquello que nos sirve para el mejoramiento continuo de nuestra compañía.

OTROS VEHÍCULOS INVOLUCRADOS**VEHÍCULO 1**

Placa del vehículo

Marca del vehículo

Daños del vehículo

Datos de Contacto

Nombre del Tercero

C. C

Dirección Actual

TELÉFONOS DE CONTACTO

Fijo

Celular

Ciudad

Departamento

Correo Electrónico:

VEHÍCULO 2

Placa del vehículo

Marca del vehículo

Daños del vehículo

Datos de Contacto

Nombre del Tercero

C. C

Dirección Actual

TELÉFONOS DE CONTACTO

Fijo

Celular

Ciudad

Departamento

Correo Electrónico:

VEHÍCULO 3

Placa del vehículo

Marca del vehículo

Daños del vehículo

Datos de Contacto

Nombre del Tercero

C. C

Dirección Actual

TELÉFONOS DE CONTACTO

Fijo

Celular

Ciudad

Departamento

Correo Electrónico:

VEHÍCULO 4

Placa del vehículo

Marca del vehículo

Daños del vehículo

Datos de Contacto

Nombre del Tercero

C. C

Dirección Actual

TELÉFONOS DE CONTACTO

Fijo

Celular

Ciudad

Departamento

Correo Electrónico: