

DECLARACIÓN DEL SINIESTRO SEGURO DE AUTÓMOVILES



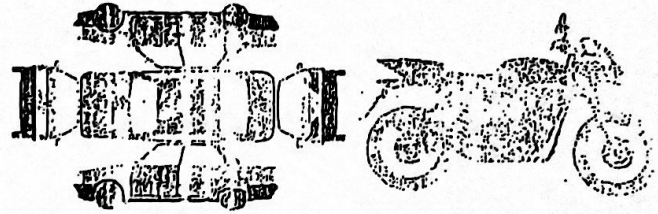
CIUDAD	FECHA DE RECLAMACIÓN		
	DÍA	MES	AÑO

DATOS DEL SEGURO	
PÓLIZA No.	SINIESTRO No.
ASEGURADO	NIT / CÉDULA
DIRECCIÓN	TELÉFONO
BENEFICIARIO	NIT / CÉDULA
DIRECCIÓN	TELÉFONO

DATOS DEL VEHÍCULO				
MARCA	CLASE	TIPO	AÑO MODELO	PLACA
MOTOR	SERIAL	SEGURO EN OTRAS COMPAÑÍAS SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		PÓLIZA NÚMERO
		COMPAÑÍA		

DETALLES DEL ACCIDENTE		
FECHA	HORA / MINUTOS A.M. <input type="checkbox"/> P.M. <input type="checkbox"/>	DEPARTAMENTO
MUNICIPIO	DIRECCIÓN LUGAR DEL ACCIDENTE	
NOMBRE DEL CONDUCTOR		DOCUMENTO DE IDENTIDAD
No. PASE	INFORME DE AUTORIDAD COMPETENTE TRÁNSITO <input type="checkbox"/> POLICÍA VIAL <input type="checkbox"/> INSPECTOR <input type="checkbox"/> JUEZ <input type="checkbox"/> DENUNCIA <input type="checkbox"/> NINGUNO <input type="checkbox"/>	
SI MARCÓ NINGUNO, EXPLIQUE POR QUÉ		

DESCRIPCIÓN DE LOS HECHOS



SI NO RELACIONE:

NOMBRE		DIRECCIÓN	TELÉFONO
VEHÍCULO	<input type="checkbox"/>	PLACA	
PERSONA	<input type="checkbox"/>	NOMBRE	
INMUEBLE	<input type="checkbox"/>	DIRECCIÓN	
POSTE	<input type="checkbox"/>	UBICACIÓN	
OTRO	<input type="checkbox"/>	ESPECIFIQUE	

DAÑO AL FRANCO Y/O CONDUCTOR

NOMBRE _____

CÉDULA No. _____

FIRMA _____

ASEGURADOR Y/O REPRESENTANTE

NOMBRE _____

CÉDULA No. _____

FIRMA _____

NOMBRE DE QUIEN RECIBE LA RECLAMACIÓN _____

CÉDULA Nº _____

FIRMA Y SELLO _____