

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"/>	
		COMPAÑÍA	PÓLIZA NÚMERO	

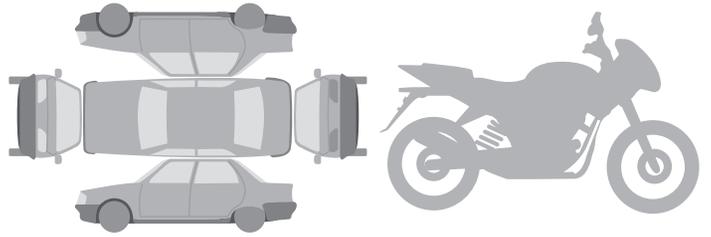
DETALLES DEL ACCIDENTE

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

DAÑOS SUFRIDOS VEHÍCULO ASEGURADO



DAÑOS A TERCEROS

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		

DECLARANTE Y/O CONDUCTOR

NOMBRE _____

CÉDULA No. _____

FIRMA _____

ASEGURADO Y/O REPRESENTANTE

NOMBRE _____

CÉDULA No. _____

FIRMA _____

NOMBRE DE QUIEN RECIBE LA RECLAMACIÓN _____

CÉDULA Nº _____

FIRMA Y SELLO _____