



SEGUROS DE VEHICULOS

RECLAMACIÓN DEL SINIESTRO

TODAS LAS PREGUNTAS DE ESTE FORMULARIO DEBEN RESPONDERSE

1) Nombre del Asegurado:		2) Póliza No.:	
3) Dirección Domicilio:		4) Teléfono:	
5) Dirección Oficina:		6) Teléfono:	

AUTOMOVIL ASEGURADO

7) Marca:	8) Modelo:	9) Color:
10) Placa:		11) Motor:

12) ¿Para que lo usaba el momento del accidente?

EL CONDUCTOR

13) Nombre de la persona que manejaba el automovil al momento del accidente:			
14) Dirección:			
15) Edad:	16) Teléfono:	17) Licencia No. / C.I.:	18) Caduca fecha:

19) ¿Si manejaba otra persona que no sea el asegurado, quién lo autorizó?

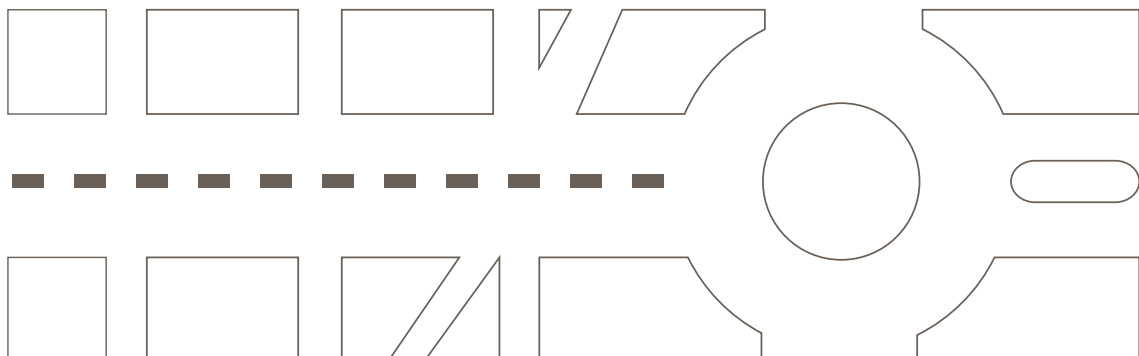
20) ¿Qué parentesco tiene con el asegurado?

EL ACCIDENTE

21) Marcar con una X si su vehículo tenía sistema de: <input type="checkbox"/> Alarma <input type="checkbox"/> Bloqueo <input type="checkbox"/> Sistema de Recuperación			
22) Fecha del accidente:	23) Hora:	24) En qué dirección circulaba el vehículo asegurado?:	
25) Lugar donde ocurrió el accidente:			
26) Velocidad:	27) Estaba tocando la bocina: Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	28) ¿ En qué lado de la calle?	
29) ¿Tenía luces encendidas? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	30) ¿ Tomó nota la policia? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	31) ¿ Hay parte policial? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
32) ¿ A qué juzgado se elevó la causa ?		33) ¿ Quién manejaba el otro vehículo ?	
34) ¿ Era clara la visibilidad? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	35) ¿ Estaba el pavimento mojado? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	36) ¿ Cuántas personas viajaban?	37) ¿ Sufrieron lesiones? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>

38) Describa el accidente en detalle y haga un diseño a continuación, lo que usted crea ayudará a que se comprenda con facilidad el accidente.

MUESTRE LA DIRECCIÓN DE LOS VEHICULOS CON FLECHAS ASÍ:



TESTIGOS DEL ACCIDENTE

Nombre Completo :	Dirección:	Teléfono:
39)		
40)		
41)		
42)		

DAÑOS AL AUTOMOVIL ASEGURADO

43) Detalle de todos los daños

44) ¿ Dónde está su automovil ahora ? (Incluya dirección y Telf)

45) ¿ Cómo movilizó su automovil?

LESIONES A OCUPANTES DEL VEHÍCULO

46) Nombres de las personas lesionadas:

47) Dirección: 48) Teléfono: 49) Ocupación:

50) Naturaleza de la lesión: 51) ¿ Dónde fue llevado después del accidente?

DAÑOS A LA PROPIEDAD DE OTROS

52) Nombre del Propietario: 53) Dirección:

54) Teléfono: 55) Si es automovil, placa: 56) Marca: 57) Tipo:

58) Descripción de daños:

59) ¿ Está asegurado ? Si No 60) ¿ Con qué Compañía? **NOTA:** Si este espacio le es insuficiente y existe daños a otras personas, dé los detalles en hojas aparte.

LESIONES A PERSONAS (Responsabilidad Civil)

61) Nombre de la persona lesionada:

63) Dirección: 64) Teléfonos:

65) Ocupación: 66) Naturaleza de la lesión:

67) ¿ Qué relación o parentezco tiene con el asegurado?

68) ¿Dónde fue llevado después del accidente?

69) Nombre del doctor que lo atendió o lo atiende:

70) Dirección: 71) Teléfono

NOTA: Si este espacio le es insuficiente y existe daños a otras personas, dé los detalles en hojas aparte.

Autorizo a Oriente Seguros S.A. a verificar y solicitar fotocopias de toda la documentación que tenga relación con el presente reclamo, que se encuentra establecida en la póliza. Declaro que las informaciones antes expresadas son exactas en todos sus detalles y que estoy pronto a prestar a la compañía toda la asistencia y apoyo para la buena liquidación de esta reclamación.

La falsedad en cualquiera de la información proporcionada dejará sin efecto la reclamación efectuada

El presente formulario ha sido aprobado por la Superintendencia de Bancos y Seguros mediante resolución No. 2012-026.

Fecha

Firma del Asegurado