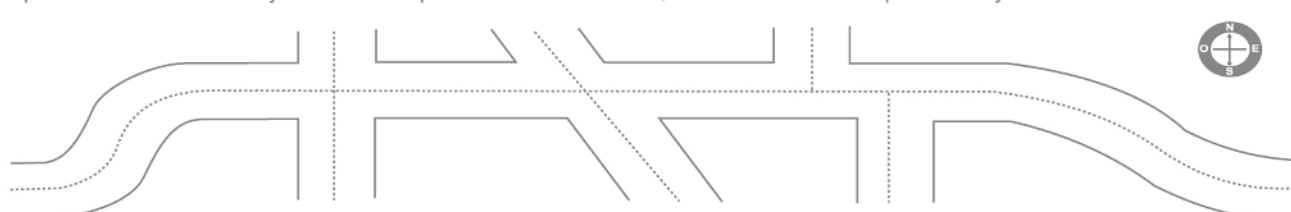


**DECLARACION DE SINIESTRO DE AUTOMOTORES**

Este formulario deberá presentarse dentro de los 5 días siguientes de la ocurrencia del siniestro.

Reclamo No. \_\_\_\_\_  
Póliza No. \_\_\_\_\_

PARA EVITAR DEMORAS INNECESARIAS EN EL PROCESO DE RECLAMO, POR FAVOR CONTESTAR CADA PREGUNTA DETALLADAMENTE

<b>S O T A D</b>	<b>ASEGURA</b>	Nombre y/o Razón Social del Asegurado: _____ Dirección: _____ Tels: _____ Cel: _____ E-mail: _____																			
	<b>DEL CONDUCTOR</b>	Nombre de la persona que conducía: _____ E-mail: _____ Dirección: _____ Tel. No.: _____ Fecha de nacimiento: _____ No. de Identidad _____ Edad: _____ Licencia No. _____ Tipo de Licencia: L <input type="checkbox"/> P <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> Emitida el _____ Vence el _____ Estado Civil: _____ ¿Quién le autorizó a conducir el vehículo asegurado? _____ Profesión: _____																			
	<b>DEL EVENTO</b>	Fecha del Evento: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Hora: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Lugar exacto del suceso: _____ Describa como ocurrió: _____ _____ _____ _____ Lugar al que se dirigía: _____ Velocidad: _____ K.P.H. (Norte, Sur, Oriente, Poniente)																			
	<b>GRAFICO DEL</b>	Indique en uno de estos dibujos el rumbo o posición de su vehículo, así como del otro respecto al suyo en el momento del accidente. 																			
<b>VEHICULO</b>	Declaración de siniestro ocurrido al vehículo automotor descrito a continuación: <table border="1"> <thead> <tr> <th>MARCA</th> <th>MODELO</th> <th colspan="2">CAPACIDAD</th> <th>Nº DE MOTOR</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> <tr> <th>Nº DE CHASIS</th> <th>AÑO DE FABRICACION</th> <th>COLOR</th> <th>PLACA Nº</th> <th>COMBUSTIBLE</th> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> </tbody> </table>	MARCA	MODELO	CAPACIDAD		Nº DE MOTOR						Nº DE CHASIS	AÑO DE FABRICACION	COLOR	PLACA Nº	COMBUSTIBLE					
MARCA	MODELO	CAPACIDAD		Nº DE MOTOR																	
Nº DE CHASIS	AÑO DE FABRICACION	COLOR	PLACA Nº	COMBUSTIBLE																	
<b>DAÑOS PROPIOS</b>	Describa los daños sufridos por su vehículo en el accidente: _____ _____ _____ Nombre del Taller donde será llevado el vehículo: _____																				
<b>Adjunte por separado:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Fotocopia de la revisión, licencias de los motoristas involucrados en el evento.</li> <li>- El presupuesto de reparación de daños.</li> <li>- Certificación de la denuncia/parte de tránsito ante las autoridades.</li> </ul>																					

S O T A D	DE AUTORIDADES	¿Se ha notificado el caso a las autoridades? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Si su respuesta es negativa, favor describa el motivo: _____ _____ ¿Qué autoridad tomó parte del evento?: _____ ¿Cuándo? _____ ¿Qué compromiso se estableció por parte de la persona que resultó culpable del accidente? _____
	DE PROPIEDAD	El vehículo es propiedad de: _____ ¿Es empleado permanente? _____ ¿Parentesco del motorista con el asegurado? _____ Uso del vehículo: _____ Nombre y teléfono de quienes viajaban en el vehículo: _____ _____ Nombre y teléfono de testigos del evento: _____ _____
	TERCEROS	No. de Placas _____ Marca _____ Color _____ Tipo _____ Propietario _____ ¿Nombre conductor? _____ ¿Dirección completa? _____ Cel _____ E-mail _____ ¿Está asegurado? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Nombre de la aseguradora _____
	RESPONSABILIDAD CIVIL BIENES	Descripción de los daños materiales a vehículos: _____ _____ Nombre del Taller donde será llevado el vehículo: _____ Dirección: _____ _____ Teléfono: _____ ¿Daños materiales a otra clase de bienes? _____ _____ ¿Ubicación? _____ ¿Propietario? _____ Teléfono: _____
	RESPONSABILIDAD CIVIL	Nombre y dirección de personas que se conducían en el vehículo asegurado y que sufrieron lesiones corporales: _____ _____ Descripción de las lesiones corporales causadas por el vehículo asegurado: _____ _____ ¿Están hospitalizados? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> ¿en qué lugar están? _____ (Nombre y Teléfono del Centro Hospitalario)
	GASTOS	Nombre de los ocupantes del vehículo asegurado que resultaron lesionados y descripción de las lesiones: _____ _____ ¿Están hospitalizados? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> ¿en qué lugar están? _____ (Nombre y Teléfono del Centro Hospitalario)
	FIRMAS RESPONSABLES	Protesto haber asentado fielmente todos los datos relativos al accidente y a mi reclamación y estar dispuesto a facilitar todos los informes que MAPFRE, pudiera pedirme con respecto al siniestro o la indemnización. Hago constar que ninguno de los términos, condiciones y estipulaciones de la Póliza, ha sido violado por cualquier acto de mi parte, ni por acción de cualquier persona con mi consentimiento. Me comprometo a no aceptar ninguna responsabilidad sin el consentimiento por escrito de la Compañía y a enviar inmediatamente a MAPFRE, cualquier notificación o reclamación que reciba en relación con este siniestro. _____ de _____ del _____ _____ 1) Firma del asegurado y sello en caso de ser persona jurídica Nombre del agente o corredor: _____ 2) Firma del conductor
	<p><b>En caso de lesiones corporales deberá añadirse al formulario de gastos médicos, informe médico y originales de factura y/o recibos de gastos de Hospital, Farmacia y de los médicos que intervinieron en el caso.</b></p>	