

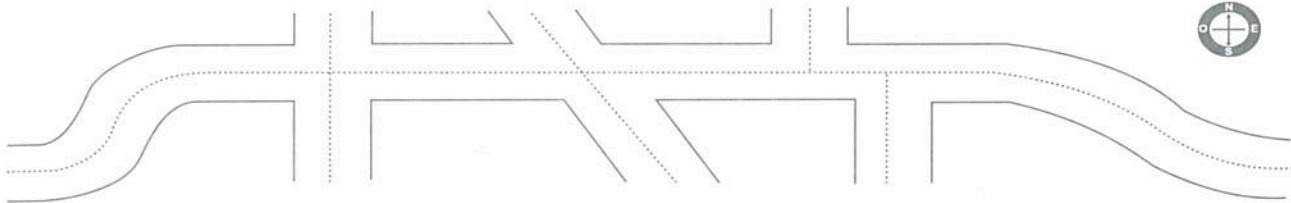
DECLARACION DE SINIESTRO DE AUTOMOTORES

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

S	ASEGURA	Nombre y/o Razón Social del Asegurado: _____ Dirección: _____ Tels: _____ Cel: _____ E-mail: _____										
	DEL CONDUCTOR	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: _____										
O	DEL EVENTO	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)										
	GRAFICO DEL	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. 										
A	VEHICULO	Declaración de siniestro ocurrido al vehículo automotor descrito a continuación: <table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <tr> <td style="width: 33%;">MARCA</td> <td style="width: 33%;">MODELO</td> <td style="width: 17%;">CAPACIDAD</td> <td colspan="2" style="width: 17%;">N° DE MOTOR</td> </tr> <tr> <td>N° DE CHASIS</td> <td>AÑO DE FABRICACIÓN</td> <td>COLOR</td> <td>PLACA N°</td> <td>COMBUSTIBLE</td> </tr> </table>	MARCA	MODELO	CAPACIDAD	N° DE MOTOR		N° DE CHASIS	AÑO DE FABRICACIÓN	COLOR	PLACA N°	COMBUSTIBLE
	MARCA	MODELO	CAPACIDAD	N° DE MOTOR								
N° DE CHASIS	AÑO DE FABRICACIÓN	COLOR	PLACA N°	COMBUSTIBLE								
DAÑOS PROPIOS	Describa los daños sufridos por su vehículo en el accidente: _____ _____ _____ Nombre del Taller donde será llevado el vehículo: _____											
		Adjunte por separado: <ul style="list-style-type: none"> - Fotocopia de la revisión, licencias de los motoristas involucrados en el evento. - El presupuesto de reparación de daños. - Certificación de la denuncia/parte de tránsito ante las autoridades. 										

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 2) Firma del conductor Nombre del agente o corredor: _____
	<p>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.</p>	