

SEGURO DE VEHICULO REPORTE DE ACCIDENTE Y RECLAMO DE INDEMNIZACION

IMPORTANTE

En caso de accidente, sírvase:

1° Obtener nombres y direcciones de todas las personas lesionadas y testigos, incluyendo pasajeros. 2° Dar aviso inmediato a las Autoridades de Tránsito. 3° Observar los daños sufridos por ambos vehículos. 4° Dar aviso a la Aseguradora de la ocurrencia del siniestro en forma dentro de los tres (3) días en que haya tenido conocimiento del mismo. Dicho aviso contendrá detalles suficientes para identificar al vehículo asegurado y toda información posible respecto a la hora, lugar y direcciones de las personas mencionadas en el inciso 1. 5° Completar el Reporte de Accidente y Reclamo de Indemnización y entregarlo a la Aseguradora **debidamente firmado por el asegurado y/o beneficiario, según el caso.**

En ningún momento deberá:

1° Realizar transacciones o efectuar pagos **sin autorización de la Aseguradora.** 2° Ordenar reparaciones o cambios de piezas de su vehículo antes de la aprobación por parte de la Aseguradora o sus representantes.

PRIMERA PARTE.- REPORTE DE ACCIDENTE

TODAS LAS PREGUNTAS DE ESTE INFORME DEBEN SER CONTESTADAS

EL ASEGURADO Y/O BENEFICIARIO

POLIZA N°: _____

1° NOMBRE: _____ 2° E-MAIL: _____

3° DIRECCION: _____ 4° TELEFONO: _____

EL VEHICULO ASEGURADO

5° MARCA: _____ 6° MODELO: _____ 7° PLACA: _____

8° MOTOR: _____ 9° CHASIS: _____ 10° AÑO: _____

EL VEHICULO ASEGURADO

11° NOMBRE DE QUIEN CONDUCA EL VEHICULO EN EL MOMENTO DEL ACCIDENTE: _____

12° DIRECCION: _____ 13° CIUDAD: _____ 14° TELEFONO: _____

15° SI MANEJABA OTRA PERSONA QUE NO SEA EL ASEGURADO. ¿QUIEN LO AUTORIZO?: _____

16° ¿QUE PARENTESCO O RELACION TIENE CON EL ASEGURADO?: _____

17° EDAD: _____ 18° ¿TIENE LICENCIA?: _____ 19° NUMERO DE LICENCIA: _____

EL ACCIDENTE

20° FECHA DEL SINIESTRO: _____ 21° HORA: _____ 22° LUGAR: _____

23° ¿HUBO INTERVENCION POLICIAL?: _____ 24° ¿SE REALIZO PARTE?: _____ 25° ¿SE HIZO DENUNCIA?: _____

Explique con detalle cómo ocurrió el accidente: dirección en la que iba el vehículo, velocidad, lugar del accidente, a que lado de la calle estaba, tenía buena visibilidad, otros vehículos afectados, etc. y demás especificaciones que nos den una idea clara de los hechos:

NOMBRES IMPORTANTES

NOMBRES COMPLETOS:

DIRECCION:

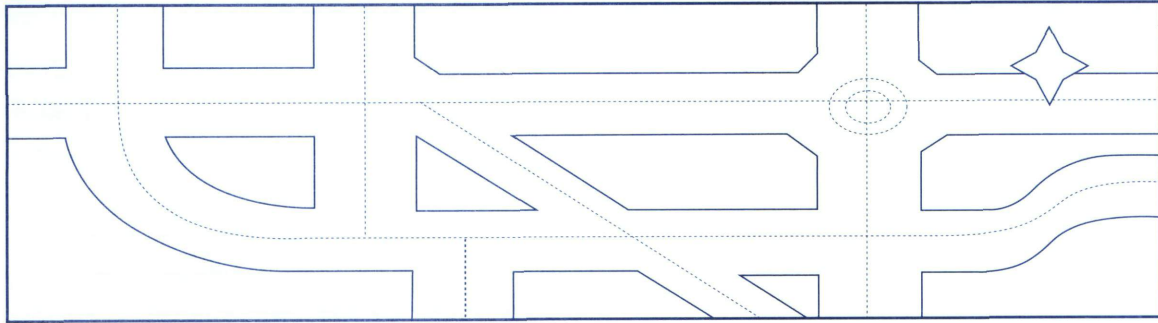
CIUDAD:

TELEFONO.

26° _____

27° _____

28° A continuación haga un gráfico, poniendo lo que usted crea, ayudará a que se comprenda con facilidad la causa del accidente:



Indique con una flecha la dirección del vehículo

DAÑOS AL VEHICULO ASEGURADO

29° DESCRIPCION DE DAÑOS: _____

30° CUANTIFIQUE LA PERDIDA: **USD** _____

31° ¿DONDE SE ENCUENTRA EL VEHICULO AHORA?: _____

LESIONES A PERSONAS

32° NOMBRE DE LA PERSONA LESIONADA: _____

33° DIRECCION: _____ 34° TELEFONO: _____

35° ¿QUE RELACION TIENE CON EL ASEGURADO?: _____

36° NATURALEZA DE LAS LESIONES: _____

37° ¿A DONDE FUE LLEVADO DESPUES DEL ACCIDENTE?: _____

38° NOMBRE DEL MEDICO QUE LE ATENDIO: _____

39° DIRECCION DEL MEDICO: _____ 40° TELEFONO: _____

41° ¿EN QUE LUGAR ESTABA LA PERSONA LESIONADA CUANDO SE PRODUJO EL ACCIDENTE?: _____

SI EXISTE MAS DE UN LESIONADO, FAVOR LLENE LOS DATOS DE LOS NUMERALES 32 AL 41 EN UNA HOJA APARTE

DAÑOS A TERCEROS

42° NOMBRE DEL PROPIETARIO: _____

43° DIRECCION: _____ 44° TELEFONO: _____

45° PLACA DEL VEHICULO: _____ 46° MARCA: _____ 47° TIPO: _____

48° TIENE SEGURO: _____ 49° ¿CON QUE COMPAÑIA?: _____

50° DESCRIPCION DE DAÑOS: _____

51° SI EL DAÑO ES A BIENES INMUEBLES DETALLE A CONTINUACION: _____

SEGUN LO ANTERIORMENTE EXPUESTO, SOLICITO INDEMNIZACION DEL PRESENTE RECLAMO

SEGUNDA PARTE.- RECLAMO INDEMNIZACION

En virtud de lo anterior y de conformidad con lo dispuesto en el Art. 42 de la Ley General de Seguros, solicito a ustedes se sirvan proceder al pago de la indemnización luego de la liquidación correspondiente para lo cual me comprometo a entregar los documentos exigidos para tal efecto. El plazo de 45 días nombrados en la ley, se contarán a partir de la fecha de entrega del último documento solicitado.

En caso de que los documentos proporcionados no fueren suficientes para demostrar la ocurrencia del siniestro y la cuantificación de la pérdida, queda a disposición de la aseguradora para cualquier ampliación o presentación de otros documentos que sean necesarios.

LUGAR Y FECHA:

FIRMA DEL ASEGURADO Y/O BENEFICIARIO
C.C.

NOTA: El presente formulario ha sido aprobado por la Superintendencia de Bancos y Seguros con resolución N° SBS-INSP-2006-185 del 26 de abril del 2006.