SEGUROS ORIENTE
seguro a tu lado

SEGUROS DE VEHICULOS

RECLAMACION 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. Ó C.I. : | 18) Caduca fecha:

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

20) ¿ Qué parentezco tiene con el asegurado ?

EL ACCIDENTE

21) Marcar con una X si su vehículo tenía sistema de: Alarma Bloqueo 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: | 28) ¿ En qué lado de la calle?

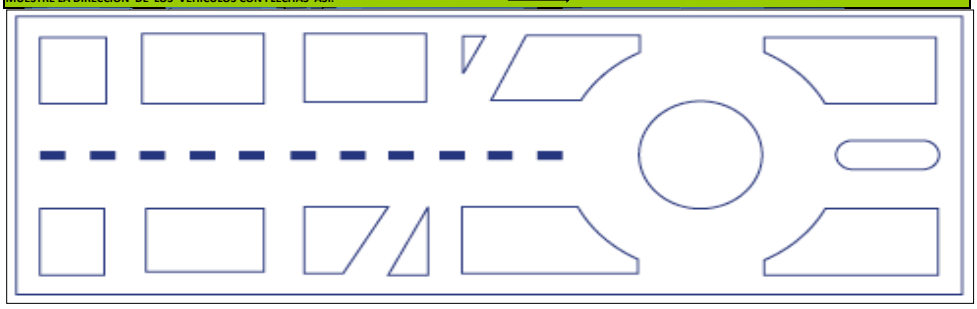
29) ¿Tenía luces encendidas ? | 30) ¿ Tomó nota la policia ? | 31) ¿ Hay parte policial ?

32) ¿ A qué juzgado se elevó la causa ? | 33) ¿ Quién manejaba el otro vehículo ?

34) ¿ Era clara la visibilidad ? | 35) ¿ Estaba el pavimento mojado ? | 36) ¿ Cuántas personas viajaban? | 37) ¿ Sufrieron lesiones ?

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 DIRECCION DE LOS VEHICULOS CON FLECHAS ASI: ⟶



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 VEHICULO

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 ? | 60) ¿ Con qué Compañía?

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

Autorizo a Seguros Oriente a verificar y solicitar fotocopias de toda la documentación que tenga relación con el presente reclamo, que se encuentra establecida en la poliza. Declaro que las informaciones antes expresadas son La falsedad en cualquiera de la información prporcionada 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**