

Diagonal 6, 10-65, Zona 10 Edificio Gerencial Las Margaritas. Torre I, Of, 401 B-402, Guatemala, 01010  
Teléfono: 379 8278 Fax: 379 8287 y 379 8292 www.aseguradoraprincipal.com

Para poder procesar debidamente su declaración es indispensable completar la información requerida.

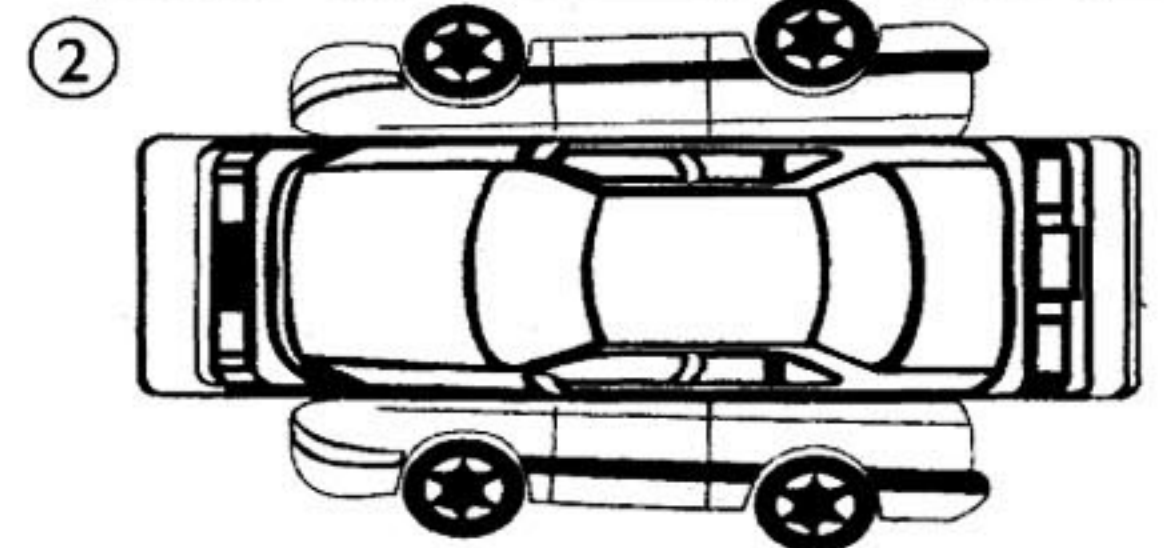
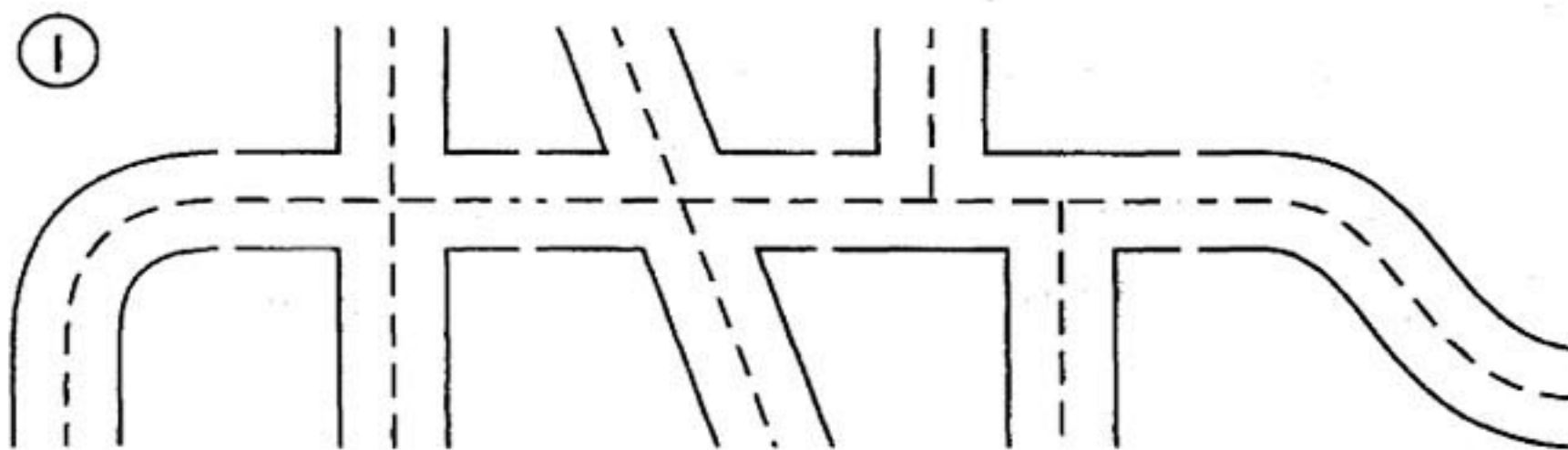
Yo: \_\_\_\_\_  
En domicilio: \_\_\_\_\_ Tel: \_\_\_\_\_  
Hago la siguiente declaración acerca de los detalles del siniestro especificado a continuación, así como los datos de la póliza de Seguro No.: \_\_\_\_\_ con el inciso No.: \_\_\_\_\_ que ampara el vehículo que se describe a continuación.

DATOS DEL VEHICULO ASEGURADO						
Tipo	Marca-Linea	Año	Placa	Número de Chasis	Número de Motor	Tonelaje

Uso: Particular      Comercial      Otro      Especifique \_\_\_\_\_

DETALLES DEL ACCIDENTE		
Fecha del Siniestro:	Hora del siniestro:	
Lugar Exacto del Siniestro:		
Nombre del piloto:	Sexo: M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	Edad:
Dirección particular del piloto:	Teléfono:	
Relación con el asegurado:		
Licencia No.:	Tipo:	Fecha de vencimiento:
Otras personas que viajaban en el vehículo asegurado y sus direcciones:		
Testigos y sus direcciones:		
¿Qué autoridad conoció el siniestro?	Comisaria:	A quién culpo:
¿A que juzgado se remitió?	No. de Oficio:	
¿El tercero, se comprometió a pagarle algo?	¿Cuanto? Q.	
¿Tiene otros seguros sobre el mismo vehículo?	Compañía	
¿El vehículo fué comprado a través de una financiera? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	¿Cual?	
¿En que lugar se encuentra actualmente el vehículo asegurado?		
¿Como ocurrió el siniestro?		
¿Cual cree que fué la causa principal del siniestro?		

- 1- Indique en uno de estos esquemas el rumbo o la posición de su vehículo, así como del otro con respecto al suyo:  
2- Marcar con una cruz el lugar del daño.



¿Tenía usted preferencia de vía? Si      No      ¿Había semáforo u otra señal de tránsito? Si      No



**SECCION 1AB - DAÑOS AL VEHICULO ASEGURADO**

Daños sufridos por el vehículo asegurado como resultado directo del accidente:

**SECCION 2A - DAÑOS MATERIALES A LA PROPIEDAD AJENA**

Nombre del Tercero:

Nombre del Propietario:

Piloto:

Dirección:

Teléfono:

**DATOS DEL VEHICULO ASEGURADO**

Tipo	Marca-Linea	Año	Placa	Número de Chasis	Número de Motor	Tonelaje

Daños Causados:

Lugar en que se encuentra el vehículo:

Otros daños a la propiedad ajena:

¿Tenía seguro el tercero?

Póliza No.

Cía. Aseguradora:

**SECCION 2B - LESIONES CORPORALES A TERCERAS PERSONAS**

Nombre del médico:

Nombre del lesionado/fallecido:

Tipo de lesiones:

Causa de Muerte

Hospital

**SECCION 3 AB - LESIONES CORPORALES A OCUPANTES DEL VEHICULO ASEGURADO**

Nombre del médico:

Nombre del lesionado/fallecido:

Tipo de lesiones:

Causa de Muerte

Hospital

**SI EL ACCIDENTE FUE PROVOCADO POR OTRA PERSONA**

Nombre del conductor del vehículo culpable:

Dirección:

Teléfono:

Nombre del propietario del vehículo culpable:

Dirección:

Teléfono:

**DATOS DEL VEHICULO CULPABLE**

Tipo	Marca-Linea	Año	Placa	Número de Chasis	Número de Motor	Tonelaje

Cía. Aseguradora:

Póliza No.:

**NOTA:** Protesto haber asentado fielmente todos los datos relativos al accidente y a mi reclamación y estar dispuesto a facilitar los informes que la Compañía de Seguros: \_\_\_\_\_ pudiera pedirme con respecto al siniestro o a la indemnización. Hago constar que ninguno de los términos, condiciones y estipulaciones de la póliza han sido violados por cualquier acto mio, ni por acción de cualquier otra persona con mi consentimiento. Me comprometo a no aceptar ninguna responsabilidad sin el consentimiento por escrito de la Compañía y a enviar inmediatamente a la Compañía de Seguros: \_\_\_\_\_, cualquier notificación o reclamo que reciba en relación con este siniestro. En caso de que el declarante no sea el asegurado deberá demostrar fehacientemente que actúa en nombre del mismo, y en caso de incurrir en omisiones o inexactitudes, será en perjuicio del asegurado.

Guatemala \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

Firma del Asegurado