



SEGUROS ALIANZA, S. A.

Edificio Etisa 6o. Piso
Plazuela España, Zona 9
PBX: 2361-8605, 2331-5475
Fax: 2331-0023

DECLARACION JURADA AVISO DE SINIESTRO

RECLAMO No. _____

Asegurado: _____

Con domicilio en: _____

E-mail: _____

Teléfono: _____

Celular: _____

Hago la siguiente Declaración Jurada acerca de los detalles del siniestro especificado a continuación, así como de los datos de seguro bajo la Póliza No. _____ que ampara el mismo y el vehículo que se describe.

DATOS DEL VEHICULO ASEGURADO

USO QUE SE LE DA:

Particular Comercial Otros: _____

MARCA	AÑO	PLACA	NUMERO DE CHASIS	NUMERO DE MOTOR	COLOR
TIPO:					

DETALLES DEL ACCIDENTE

Fecha del Siniestro (Importante): _____ Hora del Siniestro (Importante): _____

Lugar Exacto del Siniestro: _____

Nombre del Piloto: _____

Sexo: _____

Edad: _____

Dirección Particular del Piloto: _____

Teléfono: _____

Relación con el Asegurado (Importante): _____

Licencia No.: _____

Tipo: _____

Fecha de Vencimiento: _____

Otras Personas que viajaban en el vehículo asegurado y Teléfono: _____

Testigos y sus direcciones ó Teléfonos: _____

¿Qué autoridad conoció del siniestro? _____

Comisaría: _____

¿A quién culpó? _____

¿Por qué? _____

¿A qué juzgado o Fiscal del MP se remitió? _____

No. de Oficio: _____

¿El tercero, se comprometió a pagarle algo? SI NO

¿Cuánto? Q. _____

¿Tiene otros seguros sobre el mismo vehículo? SI NO

Compañía: _____

¿El vehículo fue comprado a través de alguna financiera? SI NO

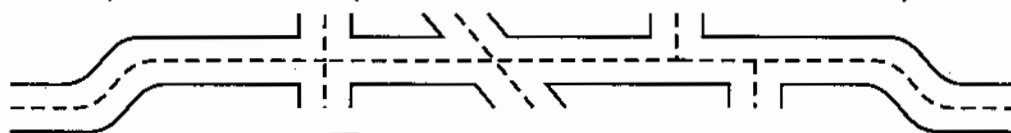
¿Cuál? _____

¿En qué lugar se encuentra actualmente el vehículo asegurado? _____

¿Cómo ocurrió el siniestro? _____

¿Cuál cree que fue la causa principal del siniestro? _____

Indique en uno de estos esquemas el rumbo o la posición de su vehículo, así como el otro con respecto al suyo:



¿Tenía usted preferencia de vía? SI NO

¿Había semáforo u otra señal de tránsito? SI NO

SECCION 1 AB - DAÑOS AL VEHICULO ASEGURADO

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

SECCION 2 A - DAÑOS MATERIALES A LA PROPIEDAD AJENA

Nombre del Tercero:

Nombre del Propietario:

Piloto:

Dirección:

Teléfono:

Marca Vehículo:

Línea:

Año:

Placas:

Daños Causados:

Lugar en que se encuentra el vehículo:

Otros daños a la propiedad ajena:

¿Tenía seguro el Tercero? SI NO

Póliza No.:

Cía. Aseguradora:

SECCION 2 B - LESIONES CORPORALES A TERCERAS PERSONAS

Si hubo terceros lesionados ¿A dónde fueron trasladados?

Nombre del Médico:

NOMBRE	NATURALEZA DAÑOS O LESIONES	QUIRURG.	HOSPITAL	MUERTE

SECCION 3 AB - LESIONES CORPORALES A OCUPANTES DEL VEHICULO ASEGURADO

Si hubo lesionados en el vehículo asegurado ¿A dónde fueron trasladados?

Nombre del Médico:

NOMBRE	NATURALEZA DAÑOS O LESIONES	QUIRURG.	HOSPITAL	MUERTE

SI EL ACCIDENTE FUE PROVOCADO POR OTRA PERSONA

Nombre del conductor del vehículo culpable:

Dirección:

Teléfono:

Nombre del propietario del vehículo culpable:

Dirección:

Teléfono:

VEHICULO CULPABLE:

Marca:

Tipo:

Chassis:

Modelo:

Año:

Placa No.:

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 Seguros Alianza, Sociedad Anónima, 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 mío, 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 Seguros Alianza, Sociedad Anónima, cualquier notificación o reclamación 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,	DIA	MES	AÑO
------------	-----	-----	-----

FIRMA DEL ASEGURADO