

RECLAMACION PARA VEHICULOS AUTOMOTORES

Reclamo No. _____

Fecha: Póliza No. _____

A. Persona o Empresa Asegurada

Nombre: _____
1er. Apellido 2do. Apellido Apellido de Casada 1er. Nombre 2do. Nombre

Dirección para envío de correspondencia: _____

Teléfonos: _____ E-mail: _____

B. Conductor

Nombre: _____
1er. Apellido 2do. Apellido Apellido de Casada 1er. Nombre 2do. Nombre

Sexo: M F Fecha de Nacimiento: _____

Licencia Tipo: _____ Número: _____ Fecha de Vencimiento: _____

Cédula No.: _____ Extendida en: _____ Teléfono: _____
Registro Número Municipio Departamento

Dirección: _____

¿ Qué relación o parentesco tiene con el asegurado?: _____

Dirección donde ocurrió el accidente: _____

Fecha del Accidente: Hora: _____ Vigencia de Póliza: _____

DATOS DEL VEHICULO ASEGURADO

Marca: _____ Modelo: _____ Línea: _____

Color: _____ Motor No. _____

Chassis No.: _____ No. de Placa: _____

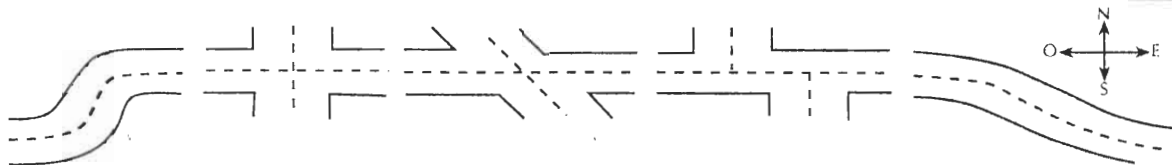
¿ A quién se atribuye la responsabilidad? : _____

¿ Qué autoridad tuvo conocimiento del accidente?: _____

¿ En dónde se encuentra el vehículo asegurado? _____

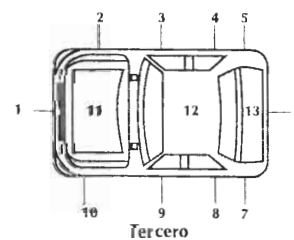
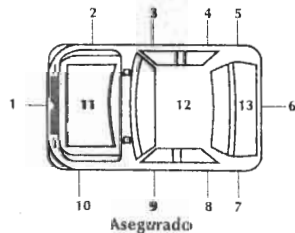
Si el vehículo fue detenido indique en donde se encuentra y que comisaría o juzgado conoce del caso: _____

Describa con pormenores el accidente y utilice el dibujo que aparece a continuación para mostrar gráficamente la posición del vehículo que usted conducía y el (los) otro (s) en caso de que hubiera (n), agregando todo lo que usted considere sea importante: _____



Descripción de los daños al vehículo asegurado: _____

Encerrar con círculos los números que correspondan a las partes dañadas en el (los) vehículo (s) involucrado (s) en el accidente


DATOS DE TESTIGOS (si están disponibles)

Nombre de Testigo	Dirección	Teléfono
_____	_____	_____
_____	_____	_____

DATOS DEL CULPABLE

Nombre del Conductor: _____
Ter. Apellido 2do. Apellido Apellido de Casada Ter. Nombre 2do. Nombre

Dirección: _____
Ter. Apellido 2do. Apellido Apellido de Casada Ter. Nombre 2do. Nombre

Fecha de Nacimiento: _____ Licencia Tipo: _____ Número: _____ Fecha de Vencimiento: _____
 Cédula No.: _____
Registro Número Extendida en: Municipio Departamento

Marca del Vehículo: _____ Modelo: _____ Línea: _____
 Motor No.: _____ Chassis No.: _____ No. de Placa: _____
 Nombre y dirección del propietario del vehículo: _____

¿Hay compromiso de pago firmado? Sí No ¿El vehículo es propio? Sí No

OBSERVACIONES: _____

DATOS DE EL(LOS) TERCERO(S)

A. DAÑOS A LA PROPIEDAD PRIVADA

1. Propietario Persona Individual

Nombre: _____
Ter. Apellido 2do. Apellido Apellido de Casada Ter. Nombre 2do. Nombre

Dirección: _____
Ter. Apellido 2do. Apellido Apellido de Casada Ter. Nombre 2do. Nombre

Cédula No.: _____
Registro Número Extendida en: Municipio Departamento

Fecha de Nacimiento: _____ Nacionalidad: _____
 Pasaporte No. (Si es extranjero): _____ Nit.: _____

2. Propietario Persona Jurídica

Nombre Completo de la Empresa, a la que pertenece el vehículo: _____
 Dirección: _____
 Fecha de Constitución: _____ Patente de Comercio: _____
 Nit: _____ Teléfonos: _____

3. Persona que Conducía el Vehículo

Nombre de la persona que conducía el vehículo: _____
 Edad: _____ Licencia Tipo: _____ Número: _____ Fecha de vencimiento: _____
 ¿Llevaba licencia en el momento del accidente? Sí No ¿Llevaba Tarjeta de Circulación del vehículo en el momento del accidente? Sí No

Cédula No.: _____
Registro Número Extendida en: Municipio Departamento

4. Datos del Vehículo

Vehículo Marca: _____ Modelo: _____ Línea: _____
 Motor No.: _____ Chassis No.: _____
 Color: _____ No. de Placa: _____
 ¿Llevaba Tarjeta de Circulación en el momento del accidente? Sí No Vehículo está Asegurado en BANCAFE: Sí No

¿En que lugar se encuentra el vehículo? _____
 Otro (Especificar): _____
 Descripción de los daños: _____

B. PERSONAS LESIONADAS

Ocupante(s) del vehículo asegurado: _____ Ocupante(s) de Vehículo(s) Tercero (s): _____ Atropellado(s): _____
(Contestar con Cantidad) (Contestar con Cantidad) (Contestar con Cantidad)

Nombre del Lesionado	Dirección	Teléfono

Tipo de Lesiones: _____

Si hubo hospitalización, indique en que Hospital (es): _____

Protesto haber mentado con veracidad los datos relativos al accidente y a mi reclamación, y estar dispuesto a facilitar todos los informes que la Compañía pudiera pedirme con respecto al siniestro o a la indemnización. Hago constar que ninguno de los términos y condiciones de la póliza han sido violados por cualquier acto mío, ni por la 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 cualquier notificación o reclamación que reciba en relación a este siniestro. Adquiero el compromiso de proporcionar toda la papelería solicitada por la Compañía para los efectos de la reclamación.

Firma del Asegurado y/o Representante Legal

CONSTITUCION DE RESERVAS DE VEHICULOS (uso exclusivo para Ajustador)

Monto sugerido para Reserva:

Sección IA	Q. _____	Vehículo Valorado en : Q. _____
Sección IB	Q. _____	
Responsabilidad civil: Daños Materiales	Q. _____	% Deducible: _____
Lesiones a Personas:	Q. _____	
Sección IIIA	Q. _____	Deducible: Q. _____
Sección IIIB	Q. _____	
Total	Q. _____	

Nombre del Ajustador: _____ Firma: _____