



**DECLARACION JURADA  
RELATIVA A LA SIGUIENTE RECLAMACION HECHA A LA COMPAÑIA DE  
Seguros de Occidente, S. A.**

Yo \_\_\_\_\_ con domicilio en: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_

Hago la siguiente Declaración Jurada acerca de los detalles del siniestro especificado a continuación, así como de los datos de la póliza 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: \_\_\_\_\_

Marca - Tipo	Año	Placa	Número de Chassis	Número de Motor	Color	Tonelaje

**DETALLES DEL ACCIDENTE**

Fecha del siniestro		Hora del siniestro	
Lugar exacto del siniestro			
Nombre del piloto			Edad
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 del siniestro?		¿A quién culpó?	
¿A qué juzgado se remitió?			
¿El tercero, se comprometió a pagarle algo?		¿Cuánto? Q.	
¿Tiene otros seguros sobre el mismo vehículo?		Compañía	
¿El vehículo fue comprado a través de alguna financiera?		Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	¿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 del otro con respecto al suyo:			
¿Tenía Usted preferencia de vía? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		¿Había semáforo? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	

**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			
Dirección			Teléfono
Marca Vehículo	Modelo	Año	Placas
Daños causados:			
Lugar en que se encuentra el vehículo			
Otros daños a la propiedad ajena:			
¿Tenía seguro el tercero?	Póliza No.	Cía. Aseguradora	

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

Si hubo terceros lesionados ¿a dónde fueron transportados?				
				Nombre del Médico
Nombre	Nat. 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 transportados?				
				Nombre del Médico
Nombre	Nat. Daños o Lesiones	Quirurg.	Hospital	Muerte
_____	_____	( )	( )	( )
_____	_____	( )	( )	( )
_____	_____	( )	( )	( )

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

Nombre del conductor del vehículo culpable			
Dirección			Teléfono
Nombre del dueño del vehículo culpable			
Dirección			Teléfono
VEHICULO CULPABLE	Marca	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 de Occidente, 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 de Occidente, 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, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma del Asegurado