



# DECLARACION DE SINIESTROS AUTOMOVILES

(No escriba en los espacios sombreados)  
Inscrita en la Superintendencia de Seguros, Ministerio de Hacienda, bajo el N° 107  
RIF. J-30052236-9

Sucursal:	Código:
Fecha de Recepción:	

## DATOS PARA SER LLENADOS POR EL ASEGURADO

Ramo - Póliza:	N° de Certificado:	Fecha de Ocurrencia:	Día de la Semana:	hora <input type="checkbox"/> a.m. <input type="checkbox"/> p.m.	Lugar de Ocurrencia:	<input type="checkbox"/> Urbano <input type="checkbox"/> Extraurbano	Código:
Nombre de Asegurado o Contratante:				Cédula de Identidad o R.I.F.:		Teléfono:	
El Conductor es el Asegurado: Indique <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO		Apellido(s) y Nombre(s) del Conductor:			Sexo: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F		Cédula de Identidad:
Ocupación:	Edad:	Estado Civil: C <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> V	Grado Lic.:	Año Exped.:	Teléfono Habitación:	Teléfono Trabajo:	
Dirección:							

Causas del Siniestro:	<input type="checkbox"/> Robo	<input type="checkbox"/> Colisión con Objetos Fijos	<input type="checkbox"/> Incendio	<input type="checkbox"/> Otros:	Código:
	<input type="checkbox"/> Hurto	<input type="checkbox"/> Colisión con Objetos Móviles	<input type="checkbox"/> Volcamiento		

## DESCRIPCION DEL VEHICULO ASEGURADO

MARCA:	MODELO:	TIPO:	PLACA:	AÑO:
Color:	Serial Motor:	Serial Carrocería:		

## EN CASO DE ACCIDENTE

Se llenó la declaración conjunta:	Intervino la Inspectoría:	Inspectoría que intervino:	N° Boleta citación:	Condiciones atmosféricas:
Condiciones del pavimento:		Uso del vehículo al momento del accidente:		Tipo de Pérdida:

Descripción del Accidente (indique velocidad):	INFRACCION DE TRANSITO
	<input type="checkbox"/> Exceso de velocidad <input type="checkbox"/> No atender señales de tránsito <input type="checkbox"/> Contravenir flechado <input type="checkbox"/> No atender preferencia de paso <input type="checkbox"/> Cambio indebido de canal <input type="checkbox"/> Adelantamiento indebido Otras

Descripción de los daños:	PUNTOS DE IMPACTO
	Partes dañadas en el Siniestro

Donde puede ser inspeccionado el vehículo:	Teléfono:	Cuándo puede ser inspeccionado el vehículo:
--	-----------	---

Apellido(s) y Nombre(s):	Teléfono Habitación:	Teléfono Trabajo:
--------------------------	----------------------	-------------------

Dirección:		
------------	--	--

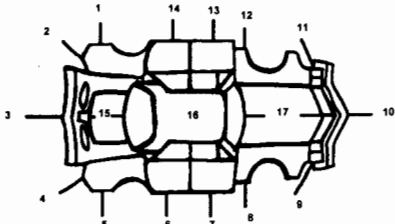
Apellido(s) y Nombre(s):	Teléfono Habitación:	Teléfono Trabajo:
--------------------------	----------------------	-------------------

Dirección:		
------------	--	--

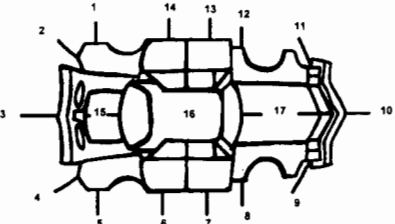
## VEHICULOS INVOLUCRADOS EN EL ACCIDENTE

Nombre(s) y Apellido(s):			Nombre(s) y Apellido(s):		
Cédula de Identidad:	Teléfono Trabajo:	Teléfono Habitación:	Cédula de Identidad:	Teléfono Trabajo:	Teléfono Habitación:
Dirección:			Dirección:		
Marca:	Modelo:	Tipo:	Marca:	Modelo:	Tipo:
Año:	Placa:	Color:	Año:	Placa:	Color:
Serial Motor:		Serial Carrocería:	Serial Motor:		Serial Carrocería:
Dirección donde puede ser inspeccionado el vehículo:			Dirección donde puede ser inspeccionado el vehículo:		
Cuando se puede inspeccionar:		Teléfono:	Cuando se puede inspeccionar:		Teléfono:

Descripción de los daños:



Descripción de los daños:



## DAÑOS CORPORALES A TERCEROS

APELLIDO(S) Y NOMBRE(S)	CONDICION			CONSECUENCIAS DEL ACCIDENTE			TELEFONO	LESIONES
	Pasajero Vehículo Asegurado	Pasajero Vehículo Tercero	Peatón	Lesión	Invalidez	Muerte		

Lugar donde fueron trasladados los lesionados:

## EN CASO DE ROBO O HURTO

Fecha de denuncia:	Autoridad ante la cual hizo la denuncia:	Código Comisaría:	Nº de la denuncia:
--------------------	--	-------------------	--------------------

Lugar donde se encontraba el vehículo al momento del robo:

Sistema antirrobo instalado:

Datos particulares del vehículo:

Fecha:	Firma del Asegurado:	Firma del Conductor:
--------	----------------------	----------------------

## DATOS PARA SER LLENADOS POR LA COMPAÑIA DE SEGUROS

Stat Recuperable:	Garante:	Recibo:	Endoso:	Monto Recuperable:	Recibo Anterior:	Código Analista:
Suma / Cobertura	Monto Reserva	Gastos Cancelados	Suma / Cobertura	Monto Reserva	Gastos Cancelados	