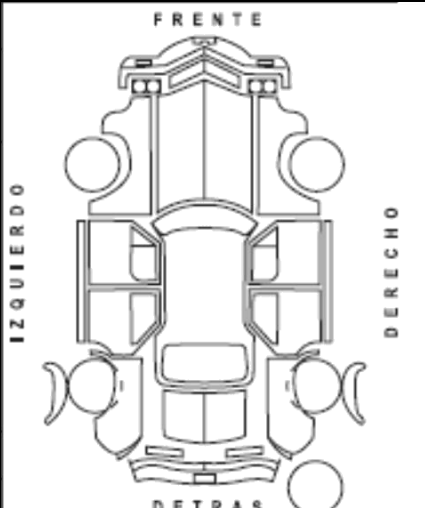


DECLARACIÓN DE SINIESTRO VEHÍCULOS TERRESTRES

DATOS DE LA DECLARACIÓN DEL SINIESTRO									
Datos de la Póliza									
Oficina Principal /Sucursal:			Póliza Nro.:			Certificado Nro.:			
Datos del Asegurado									
Apellidos y Nombres/ Denominación de la Razón Social:						R.I.F. / C.I. / Pasaporte:			
Teléfono Nro.:		Celular Nro.:		Fax Nro.:		E-mail:			
Datos del Vehículo Asegurado									
Marca:		Modelo:	Versión:		Año:	Tipo de Transmisión: Automática <input type="checkbox"/> Sincrónico <input type="checkbox"/> Otra <input type="checkbox"/>			
Clase:		Color:		Uso:		Placa:			
Tipo:		Serial Carrocería:		Serial Motor:			Kilometraje:		
DATOS DEL CONDUCTOR									
Datos de Identificación									
Nacionalidad: <input type="checkbox"/> Ven. <input type="checkbox"/> Ext.		Nro. Residente:			<input type="checkbox"/> Pasaporte:		C.I. / Pasaporte:		
Apellidos y Nombres:						Parentesco con el Asegurado:			
Fecha de Nacimiento:		Edad:		Estado Civil: C <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/>		Grado de Licencia:			
Dirección de Habitación									
País:			Estado:			Ciudad:			
Urb. / Av. / Calle / Transv.:				CC. /Edif. / Torre / Casa /Quinta / Local:					
Piso Nro. / Nivel:		Ofic. / Apto.:		Teléfono Nro.:			Celular Nro.:		
Fax Nro.:		Otro Teléfono Nro.:		E-mail:					
DATOS DEL SINIESTRO									
Fecha Ocurrencia:			Hora <input type="checkbox"/> am <input type="checkbox"/> pm		Lugar de Ocurrencia:			Urbano <input type="checkbox"/> Extraurbano <input type="checkbox"/>	
Detalles del Siniestro									
<input type="checkbox"/> Choque: <input type="checkbox"/> Robo: <input type="checkbox"/> Hurto: <input type="checkbox"/> Incendio: <input type="checkbox"/> Robo Accesorio: <input type="checkbox"/> Otro (especifique)									
Estado:			Distrito:			Ciudad:			
Municipio:			Calle o Avenida:						
Fallecidos: <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Cantidad			Lesionados: <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Cantidad			Actúo Tránsito <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No			
Inspección que Intervino:					Nro. de Boleta Citación:				
Condiciones atmosféricas:					Condiciones del pavimento:				
Uso del vehículo al momento del accidente:									
Motivo por el cual No intervino Inspección:									
Se llenó la declaración conjunta: <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No									
Partes afectadas Vehículo Asegurado, también indíquelas en el dibujo:									
A qué velocidad ocurrió el siniestro:									
Donde se encontraba el Vehículo:									
									

Breve descripción del Accidente:

Dónde puede ser inspeccionado el vehículo:	Teléfono Nro. Contacto:
Cuando puede ser inspeccionado el vehículo:	
Taller en donde será reparado el vehículo:	

DATOS DEL TERCERO (Conteste a las preguntas siguientes sólo si su vehículo causó daños y/o lesiones a terceros)

Datos de Identificación (Propietario del Vehículo del Tercero):

Nacionalidad: <input type="checkbox"/> Ven. <input type="checkbox"/> Ext.:	R.I.F. / C.I. / Pasaporte:
--	----------------------------

Apellidos y Nombres:

Fecha de Nacimiento:	Edad:	Nro. de Licencia:	Grado de Licencia:
----------------------	-------	-------------------	--------------------

Dirección:

País:	Estado:	Ciudad:
-------	---------	---------

Urb. / Av. / Calle / Transv.:	CC. / Edf. / Torre / Casa / Quinta / Local:
-------------------------------	---

Piso Nro. / Nivel:	Ofc. / Apto.:	Teléfono Nro.:	Celular Nro.:
--------------------	---------------	----------------	---------------

Fax Nro.:	Otro Teléfono Nro.:	E-mail:
-----------	---------------------	---------

Datos del Conductor (Tercero):

Nacionalidad: <input type="checkbox"/> Ven. <input type="checkbox"/> Ext.:	R.I.F. / C.I. / Pasaporte:
--	----------------------------

Apellidos y Nombres:

Fecha de Nacimiento:	Edad:	Nro. de Licencia:	Grado de Licencia:
----------------------	-------	-------------------	--------------------

Datos del Vehículo:

Marca:	Modelo:	Año:	Tipo de Transmisión: Automática <input type="checkbox"/> Sincrónico <input type="checkbox"/> Otra <input type="checkbox"/>
--------	---------	------	---

Clase:	Color:	Uso:	Placa:
--------	--------	------	--------

Tipo de Carrocería:	Serial Carrocería:	Serial Motor:	Kilometraje:
---------------------	--------------------	---------------	--------------

Daños:

Descripción de los daños materiales causados a vehículos o cosas de terceros:

Datos de Identificación (Testigos que presenciaron el accidentes):

Nacionalidad: <input type="checkbox"/> Ven. <input type="checkbox"/> Ext.:	R.I.F. / C.I. / Pasaporte:
--	----------------------------

Apellidos y Nombres:

Fecha de Nacimiento:	Edad:	Nro. de Licencia:	Grado de Licencia:
----------------------	-------	-------------------	--------------------

Nacionalidad: <input type="checkbox"/> Ven. <input type="checkbox"/> Ext.:	R.I.F. / C.I. / Pasaporte:
--	----------------------------

Apellidos y Nombres:

Fecha de Nacimiento:	Edad:	Nro. de Licencia:	Grado de Licencia:
----------------------	-------	-------------------	--------------------

<i>En caso de Robo o Hurto:</i>	
Nacionalidad: Ven. Ext.:	R.I.F. / C.I. / Pasaporte:
Fecha de denuncia:	Autoridad ante la cual hizo la denuncia:
Nro. de denuncia:	Lugar donde se encontraba el vehículo al momento del robo:
Sistema antirrobo instalado:	Datos particulares del vehículo:
<i>DECLARACIÓN DEL ASEGURADO</i>	

Declaro que la información suministrada es verdadera, completa y servirá de base para el cálculo de la indemnización solicitada. Así mismo, que los bienes o haberes Asegurados provienen de una fuente lícita.

Firma del Asegurado

Firma del Conductor

Firma del Reportante

Lugar y fecha de la declaración. En _____, el _____ del mes de _____ del año _____



**Dirección: Av. Libertador con calle Negrín, centro comercial Av. Libertador, Mezzanina y pisos 1,2,3 y PH -1
Urb. La Florida, Caracas. Distrito Capital.**

Aprobado por la Superintendencia de la Actividad Aseguradora mediante Providencia N° FSAA-1-1-00388, notificada en fecha 27 de febrero de 2018.