

AVISO DE SINIESTRO

TODAS LAS PREGUNTAS DE ESTE FORMULARIO DEBEN RESPONDERSE

Nombre del Asegurado:	Póliza No.:
Dirección Domicilio:	Celular:
Dirección Oficina:	E-mail:

AUTOMÓVIL ASEGURADO

Marca:	Modelo:	Color:
Placa:	Chasis:	
¿Para que lo usaba el momento del accidente?		

EL CONDUCTOR

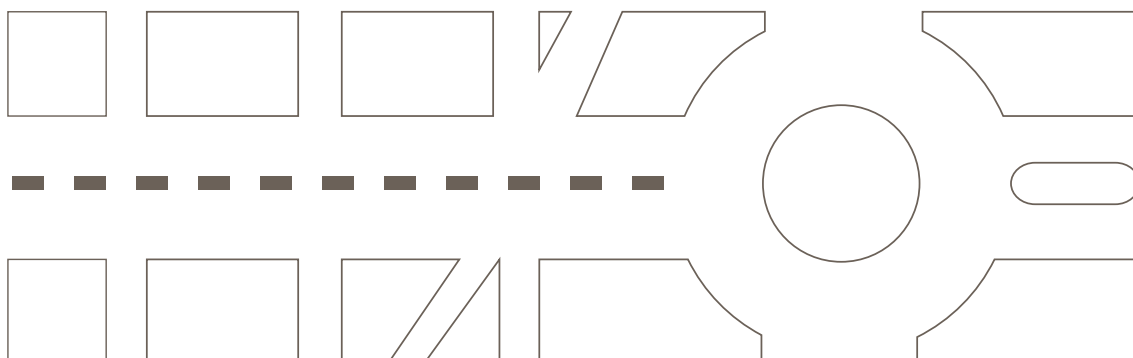
Nombre de la persona que manejaba el automóvil al momento del accidente:				
Dirección:				
Edad:	Teléfono:	Licencia No. / C.I.:	Tipo:	Caduca fecha:
¿Si manejaba otra persona que no sea el asegurado, quién lo autorizó?				
¿Qué parentesco tiene con el asegurado?				

INFORMACIÓN DEL SINIESTRO

Fecha del accidente:	Hora:	En qué dirección circulaba el vehículo asegurado?:	
Lugar donde ocurrió el accidente:			
Velocidad:	Estaba tocando la bocina:	¿ En qué lado de la calle?	
¿Tenía luces encendidas ?	¿ Tomó nota la policía ?	¿ Hay parte policial ?	
¿ A qué juzgado se elevó la causa ?		¿ Quién manejaba el otro vehículo ?	
¿Era clara la visibilidad?	¿Estaba el pavimento mojado?	¿Cuántas personas viajaban?	¿Sufrieron lesiones?

Describa el accidente en detalle y haga un diseño a continuación, lo que usted crea ayudará a que se comprenda con facilidad el accidente.

MUESTRE LA DIRECCIÓN DE LOS VEHÍCULOS CON FLECHAS ASÍ: 



TESTIGOS DEL ACCIDENTE			
Nombre Completo :	Dirección:		Teléfono:
DAÑOS AL AUTOMÓVIL ASEGURADO			
Detalle de todos los daños			
¿ Dónde está su automóvil ahora ? (Incluya dirección y Telf)			
¿ Cómo movilizó su automóvil?			
LESIONES A OCUPANTES DEL VEHÍCULO			
Nombres de las personas lesionadas:			
Dirección:		Teléfono:	Ocupación:
Naturaleza de la lesión:		¿ Dónde fue llevado después del accidente?	
DAÑOS A LA PROPIEDAD DE OTROS			
Nombre del Propietario:		Dirección:	
Teléfono:	Si es automóvil, placa:	Marca:	Tipo:
Descripción de daños:			
¿ Está asegurado ?	¿ Con qué Compañía?	NOTA: Si este espacio le es insuficiente y existe daños a otras personas, dé los detalles en hojas aparte.	
LESIONES A PERSONAS (Responsabilidad Civil)			
Nombre de la persona lesionada:			
Dirección:		Teléfonos:	
Ocupación:	Naturaleza de la lesión:		
¿ Qué relación o parentezco tiene con el asegurado?			
¿Dónde fue llevado después del accidente?			
Nombre del doctor que lo atendió o lo atiende:			
Dirección:		Teléfono	
NOTA: Si este espacio le es insuficiente y existe daños a otras personas, dé los detalles en hojas aparte.			
Autorizo a Oriente Seguros S.A. a verificar y solicitar fotocopias de toda la documentación que tenga relación con el presente reclamo, que se encuentra establecida en la póliza. Declaro que las informaciones antes expresadas son exactas en todos sus detalles y que estoy pronto a prestar a la compañía toda la asistencia y apoyo para la buena liquidación de esta reclamación. La falsedad en cualquiera de la información proporcionada dejará sin efecto la reclamación efectuada.			
_____		_____	
Fecha		Firma del Asegurado	

El Contratante y/o Asegurado podrá solicitar a la Superintendencia de Compañías, Valores y Seguros la verificación de este texto.

Nota: La Superintendencia de Compañías, Valores y Seguros para efectos de control asignó al presente formulario el número de registro SCVS-6-7-0-SF-103, el 15 de febrero del 2019.