

DENUNCIA DE SINIESTROS - AUTOMOTORES

Código SPVS 115-910500-2007 06 002-3009

El presente formulario tiene el carácter de Declaración Jurada; no compromete la responsabilidad de la Compañía en tanto el Siniestro no sea aceptado y sólo hasta el límite que establezca el ajuste y liquidación realizado sobre el reclamo.

1. DATOS DE REFERENCIA

OFICINA REGIONAL	<input type="checkbox"/> LA PAZ <input type="checkbox"/> COCHABAMBA <input type="checkbox"/> SANTA CRUZ <input type="checkbox"/> SUCRE <input type="checkbox"/> OTRA _____	FECHA DENUNCIA	<table border="1"> <tr> <td>DA</td> <td>MES</td> <td>AÑO</td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> </table>	DA	MES	AÑO				N° RECLAMO
DA	MES	AÑO								

2. DATOS DEL ASEGURADO

N° DE POLIZA	COD. CLIENTE	NOMBRE Y/O RAZÓN SOCIAL	TELÉFONO CONTACTO	PÓLIZA EN MORA	TOTAL EN MORA				
				<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI	<table border="1"> <tr> <td>US\$</td> <td>Bs</td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> </tr> </table>	US\$	Bs		
US\$	Bs								

3. DATOS DEL CONDUCTOR

NOMBRES Y APELLIDOS DEL CONDUCTOR			TELÉFONO CONTACTO		FECHA NACIMIENTO								
					<table border="1"> <tr> <td>DA</td> <td>MES</td> <td>AÑO</td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> </table>			DA	MES	AÑO			
DA	MES	AÑO											
DOC. IDENTIFICACIÓN		NUMERO IDENTIFICACION	EXP. EN	N° LICENCIA	CATEG.	FECHA VENCIMIENTO							
C.I. <input type="checkbox"/> C.E. <input type="checkbox"/> PAS. <input type="checkbox"/> OTRO <input type="checkbox"/> Cual? _____						<table border="1"> <tr> <td>DA</td> <td>MES</td> <td>AÑO</td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> </table>		DA	MES	AÑO			
DA	MES	AÑO											

4. CARACTERÍSTICAS DEL VEHICULO

TIPO	MARCA	MODELO	COLOR	N° PLACA

5. OCURRENCIA DEL SINIESTRO

FECHA	<table border="1"> <tr> <td>DA</td> <td>MES</td> <td>AÑO</td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> </table>	DA	MES	AÑO				HORA	<input type="checkbox"/> AM <input type="checkbox"/> PM	LUGAR: (Llevar Croquis)
DA	MES	AÑO								

5.1 BREVE DESCRIPCIÓN DEL HECHO

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

5.2 DESCRIPCIÓN DE DAÑOS / PERDIDAS AL VEHICULO (Ver Sección N° 5)

-
-
-
-
-
-
-

6. ACCIDENTES PERSONALES OCUPANTES

NOMBRES Y APELLIDOS	N° CI	TELÉFONO CONTACTO	DESCRIPCIÓN DE LA LESIÓN

7. RESPONSABILIDAD CIVIL

7.1 OTROS VEHÍCULOS

MARCA	MODELO	TIPO	N° PLACA	NOMBRE CONDUCTOR	N° LICENCIA	CATEG.	FECHA VENCIMIENTO		
							DI	ME	AN
							DI	ME	AN
							DI	ME	AN
							DI	ME	AN

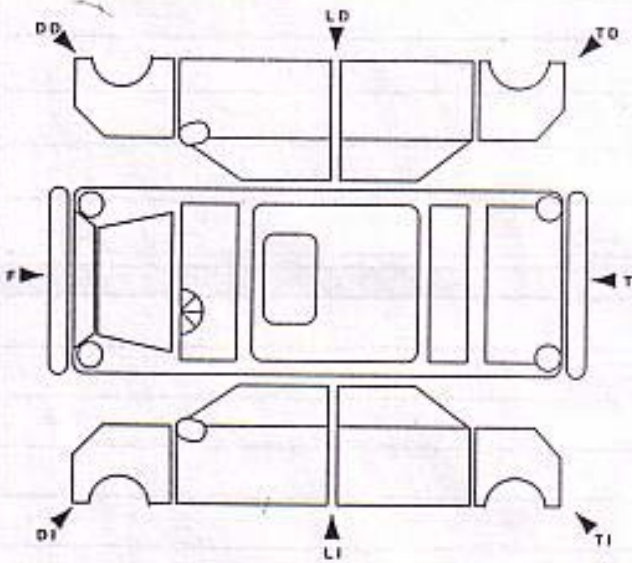
7.2 PERSONAS

NOMBRE Y APELLIDOS	N° CI	TELÉFONO CONTACTO	DESCRIPCIÓN DE LA LESIÓN

7.3 PROPIEDADES DE TERCEROS

TIPO	UBICACIÓN / DIRECCIÓN	NOMBRE PROPIETARIO	DESCRIPCIÓN DEL DAÑO

8. DAÑOS VISIBLES DEL VEHÍCULO ASEGURADO



Fotografías	F	DD	DI	LD	LI	TD	TI	T
SI								
NO								

9. CROQUIS DE OCURRENCIA DEL SINISTRO

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

10. CONFORMIDAD

FIRMA Y SELLO DEL INSPECTOR	FIRMA DEL ASEGURADO O SU REPRESENTANTE
	<p>Declaro que toda la información es verdadera y doy mi autorización a la Compañía para verificaciones adicionales según sea necesario.</p> <p>.....</p> <p>Firma Nombre CI</p>