



## FORMULARIO RECLAMO ACCIDENTE SOAT

Fecha: \_\_\_\_\_ Nro.: \_\_\_\_\_

Señores:  
ALIANZA COMPAÑÍA DE SEGUROS Y REASEGUROS S.A.  
Presente.-

### DATOS DEL ASEGURADO:

Nombre: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_  
Dirección: \_\_\_\_\_  
Número Certificado SOAT: \_\_\_\_\_ Lugar de Emisión: \_\_\_\_\_  
Tipo de Vehículo: \_\_\_\_\_ Placa: \_\_\_\_\_ Clase Servicio: \_\_\_\_\_

### DATOS DEL CONDUCTOR:

Nombre: \_\_\_\_\_ Licencia N°: \_\_\_\_\_ Cat. \_\_\_\_\_  
Edad: \_\_\_\_\_ Relación con el asegurado: \_\_\_\_\_

### EXPLICACIÓN DEL ACCIDENTE

Fecha del accidente: \_\_\_\_\_ Hora: \_\_\_\_\_ Lugar donde sucedió: \_\_\_\_\_  
Causas y circunstancias del accidente: \_\_\_\_\_

N° caso de Tránsito: \_\_\_\_\_ Zona: \_\_\_\_\_ Oficial responsable: \_\_\_\_\_

### CLASIFICACIÓN DEL ACCIDENTE

Colisión Simple	<input type="checkbox"/>	Derrumbre	<input type="checkbox"/>
Colisión Múltiple	<input type="checkbox"/>	Incendio	<input type="checkbox"/>
Vuelco	<input type="checkbox"/>	Atropello	<input type="checkbox"/>
Encunetamiento	<input type="checkbox"/>	Caida pasajero	<input type="checkbox"/>
Embarrancamiento	<input type="checkbox"/>	Riada	<input type="checkbox"/>
Golpe	<input type="checkbox"/>		

### DATOS DEL VEHÍCULO CON EL QUE COLISIONÓ

Propietario: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_  
Dirección: \_\_\_\_\_  
Conductor: \_\_\_\_\_ N° de Licencia: \_\_\_\_\_  
Teléfono: \_\_\_\_\_ Dirección: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_  
Tipo y marca del vehículo: \_\_\_\_\_ Placa: \_\_\_\_\_  
Compañía Aseguradora: \_\_\_\_\_ N° certificado: \_\_\_\_\_

**NÓMINA DE PERSONAS HERIDAS Y/O FALLECIDAS**

	<u>Nombres</u>	<u>Edad</u>	<u>Ci</u>	<u>Peatón "P"</u> <u>Ocupante "O"</u> <u>Conductor "C"</u>	<u>Centro Médico</u>
1.-	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>	_____
2.-	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>	_____
3.-	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>	_____
4.-	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>	_____
5.-	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>	_____
6.-	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>	_____
7.-	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>	_____
8.-	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>	_____
9.-	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>	_____
10.-	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>	_____
11.-	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>	_____
12.-	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>	_____
13.-	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>	_____
14.-	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>	_____
15.-	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>	_____

Por lo tanto, en fe de lo informado anteriormente, tengo a bien poner en conocimiento de la Compañía a fin que determine, si el reclamo presentado en el presente formulario, se encuentra amparado por la Póliza SOAT, del cual de acuerdo a Ley resulte civilmente responsable a consecuencia de daños corporales que cause a terceros en el uso del vehículo asegurado, dentro de la vigencia de la póliza, exceptuando las exclusiones que existiesen en sus reglamentos.

Atentamente,

\_\_\_\_\_  
 Firma del asegurado o conductor  
 Nombre: \_\_\_\_\_  
 C.I. \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
 Encargado Siniestros  
 Nombre: \_\_\_\_\_

Observaciones del Inspector: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

Costo Aproximado: \_\_\_\_\_