



Sello y fecha de recepción NSPF

N° DE RECLAMO

El presente formulario forma parte integrante e indivisible de la póliza y tiene el carácter de Declaración Jurada: no compromete la responsabilidad de la Compañía en tanto el Solicitante de Seguro no haya expresado su conformidad con las condiciones ofertadas por la Compañía.

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	DIA	MES	AÑO	HORA	<input type="checkbox"/> AM	<input type="checkbox"/> PM
------------------	---------------------------------	-------------------------------------	-------------------------------------	--------------------------------	-------------------------------------	----------------	-----	-----	-----	------	-----------------------------	-----------------------------

2. DATOS DEL ASEGURADO

N° DE PÓLIZA	NOMBRE Y/O RAZÓN SOCIAL	TELÉFONO CONTACTO	CORREO ELECTRÓNICO

3. DATOS DEL CONDUCTOR

NOMBRES Y APELLIDOS DEL CONDUCTOR				PROPIETARIO ACTUAL DEL VEHÍCULO			
TELÉFONO CONTACTO	FECHA NACIMIENTO	EDAD	N° LICENCIA	CATEGORÍA	FECHA VENCIMIENTO		
	DIA MES AÑO			P <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>	DIA MES AÑO		

4. CARACTERÍSTICAS DEL VEHÍCULO

TIPO				MARCA	MODELO	COLOR	N° PLACA
<input type="checkbox"/> AUTOMÓVIL	<input type="checkbox"/> CAMIONETA	<input type="checkbox"/> CAMIÓN	<input type="checkbox"/> JEEP				
<input type="checkbox"/> VAGONETA	<input type="checkbox"/> MOTOCICLETA	<input type="checkbox"/> CHATA	<input type="checkbox"/> BUS				
AÑO	RECORRIDO (Km o Millas)	N° DE CHASIS	USO DEL VEHÍCULO			VEHÍCULO	
			<input type="checkbox"/> PARTICULAR	<input type="checkbox"/> PÚBLICO	<input type="checkbox"/> OFICIAL	<input type="checkbox"/> DIPLOMÁTICO	<input type="checkbox"/> ORIGINAL <input type="checkbox"/> TRANSFORMADO

5. OCURRENCIA DEL SINIESTRO

FECHA	DIA	MES	AÑO	HORA	<input type="checkbox"/> AM	<input type="checkbox"/> PM	LUGAR:
Km/hr al momento de ocurrir el accidente: _____							

5.0 AUTORIDAD QUE INTERVIENE

N° DE CASO	OFICIAL ASIGNADO AL CASO	LOCALIDAD

5.1 BREVE DESCRIPCIÓN DEL HECHO

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

5.2 DESCRIPCIÓN DE DAÑOS / PERDIDAS AL VEHÍCULO

-
-
-
-
-

6. ACCIDENTES PERSONALES OCUPANTES

NOMBRES Y APELLIDOS	N° C.I.	TELÉFONO CONTACTO	DESCRIPCIÓN DE LA LESIÓN

7. RESPONSABILIDAD CIVIL

7.1 OTROS VEHÍCULOS

MARCA	MODELO	TIPO	N° PLACA	NOMBRE CONDUCTOR	TELÉFONO CONTACTO	N° LICENCIA Y CATEG.	FECHA VENCIMIENTO
							DIA MES AÑO
							DIA MES AÑO
							DIA MES AÑO

MARCA	MODELO	TIPO	N° PLACA	NOMBRE CONDUCTOR	TELÉFONO CONTACTO	N° LICENCIA Y CATEG.	FECHA VENCIMIENTO
							DIA MES AÑO
							DIA MES AÑO
							DIA MES AÑO

7.2 PERSONAS

NOMBRES Y APELLIDOS	N° C.I	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

VEHÍCULO 1

VEHÍCULO 2

Fotografías	F	DD	DI	LD	LI	TD	TI	T
SI								
NO								

9. CROQUIS DE OCURRENCIA DEL SINIESTRO

8. CONFORMIDAD

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