



IMPORTANTE: para poder procesar debidamente su reclamación es indispensable completar la información requerida.

Yo \_\_\_\_\_ Con domicilio en: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Hago la siguiente declaración jurada acerca de los detalles del siniestro especificado a continuación, así como los datos de la póliza de seguros no. \_\_\_\_\_ que ampara el vehículo que se describe a continuación.

Número de reclamo:	Vigencia de la póliza:	Deducible:
--------------------	------------------------	------------

DATOS DEL VEHÍCULO ASEGURADO					
Marca-Estilo	Año	Placa	Número de chasis	Número de motor	Color

Uso:  Particular  Comercial  Otro especifique: \_\_\_\_\_ Tonelaje: \_\_\_\_\_

**DETALLES DEL ACCIDENTE**

Fecha del siniestro: \_\_\_\_\_ Hora del siniestro: \_\_\_\_\_

Lugar exacto del siniestro: \_\_\_\_\_

Nombre del piloto: \_\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_

Dirección particular del piloto: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_ Celular: \_\_\_\_\_ E-mail: \_\_\_\_\_

Relación con el asegurado: \_\_\_\_\_

Licencia No.: \_\_\_\_\_ Tipo: \_\_\_\_\_ Fecha de vencimiento: \_\_\_\_\_

Otras personas que viajaban en el vehículo asegurado y sus direcciones, email y celular: \_\_\_\_\_

Testigos y sus direcciones, e-mail y celular: \_\_\_\_\_

¿Qué autoridad conoció el siniestro? \_\_\_\_\_ Comisaría: \_\_\_\_\_ ¿A quién culpó? \_\_\_\_\_

¿A qué juzgado se remitió? \_\_\_\_\_ No. de oficio: \_\_\_\_\_

¿El tercero, se comprometió a pagarle algo? \_\_\_\_\_ ¿Cuánto? Q. \_\_\_\_\_

¿Tiene otros seguros sobre el mismo vehículo? \_\_\_\_\_ Compañía: \_\_\_\_\_

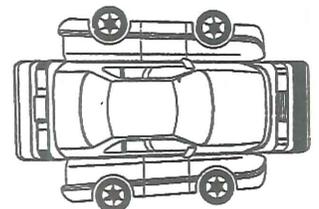
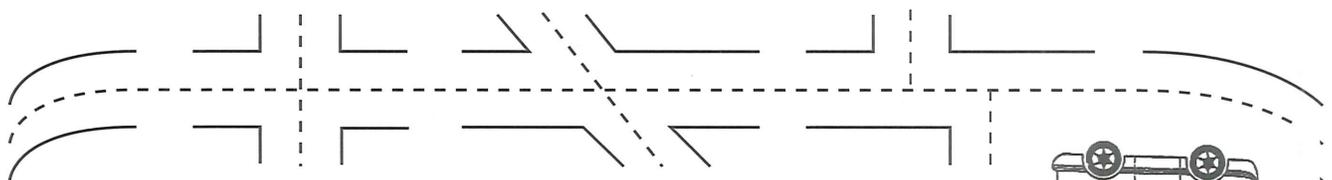
¿El vehículo fue comprado a través de alguna financiera?  SÍ  NO  ¿Cuál? \_\_\_\_\_

¿En qué lugar se encuentra actualmente el vehículo asegurado? \_\_\_\_\_

¿Cómo ocurrió el siniestro? \_\_\_\_\_

¿Cuál cree que fue la causa principal del siniestro? \_\_\_\_\_

Indique en uno de estos esquemas el rumbo o la posición de su vehículo, así como del otro con respecto al suyo:



¿Tenía usted preferencia de vía?  SÍ  NO

¿Había semáforo y otra señal de tránsito?  SÍ  NO

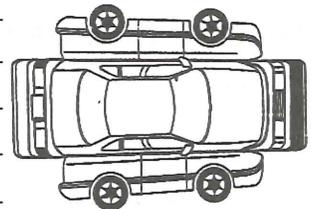


### SECCIÓN 1 AB - DAÑOS AL VEHÍCULO ASEGURADO

Daños sufridos por el vehículo asegurado como resultado directo del accidente: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

### SECCIÓN 2 A - DAÑOS MATERIALES A LA PROPIEDAD AJENA

Nombre del tercero: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_  
Dirección: \_\_\_\_\_  
Licencia No.: \_\_\_\_\_ Tipo: \_\_\_\_\_ Fecha de vencimiento: \_\_\_\_\_  
Teléfono: \_\_\_\_\_ Celular: \_\_\_\_\_ E-mail: \_\_\_\_\_  
Marca / Línea: \_\_\_\_\_ Color: \_\_\_\_\_ Año: \_\_\_\_\_ Placas: \_\_\_\_\_  
Daños causados: \_\_\_\_\_  
En qué lugar se encuentra el vehículo: \_\_\_\_\_  
¿Tenía seguro el tercero? \_\_\_\_\_ Cía. Aseguradora: \_\_\_\_\_ Póliza No.: \_\_\_\_\_  
No. de motor: \_\_\_\_\_ No. de chasis: \_\_\_\_\_



### SECCIÓN 2 B - LESIONES CORPORALES A TERCERAS PERSONAS

Si hubo terceros lesionados ¿A dónde fueron trasladados? \_\_\_\_\_  
Nombre del médico: \_\_\_\_\_  
Nombre: \_\_\_\_\_ DPI: \_\_\_\_\_  
Dirección: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_  
Tipo de lesiones: \_\_\_\_\_

### SECCIÓN 3 A B - LESIONES CORPORALES A OCUPANTES DEL VEHÍCULO ASEGURADO

Si hubo terceros lesionados ¿A dónde fueron trasladados? \_\_\_\_\_  
Nombre del médico: \_\_\_\_\_  
Nombre: \_\_\_\_\_ DPI: \_\_\_\_\_  
Dirección: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_  
Tipo de lesiones: \_\_\_\_\_

### SI EL ACCIDENTE FUE PROVOCADO POR OTRA PERSONA

Nombre del conductor del vehículo culpable: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_  
Dirección: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_  
Licencia No.: \_\_\_\_\_ Tipo: \_\_\_\_\_ Fecha de vencimiento: \_\_\_\_\_  
Nombre del propietario del vehículo culpable: \_\_\_\_\_  
Dirección: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_  
VEHÍCULO CULPABLE, Marca / Línea: \_\_\_\_\_ Color: \_\_\_\_\_ Año: \_\_\_\_\_  
Placa No. \_\_\_\_\_ Cía. Aseguradora: \_\_\_\_\_ Póliza No.: \_\_\_\_\_ Ajustador: \_\_\_\_\_  
No. de motor: \_\_\_\_\_ No. de chasis: \_\_\_\_\_ No. de licencia: \_\_\_\_\_

NOTA: Protesto haber asentado fielmente todos los datos relativos al accidente y a mi reclamación y estar dispuesto a facilitar los informes que la aseguradora. Pudiera pedirme con respecto al siniestro o a la indemnización.

Hago constar que ninguno de los términos, condiciones y estipulaciones de la póliza han sido violados por cualquier acto mío, ni por acción de cualquier otra persona con mi consentimiento. Me comprometo a no aceptar ninguna responsabilidad sin el consentimiento por escrito de la compañía y a enviar inmediatamente a la aseguradora. Cualquier notificación o reclamación que reciba en relación con este siniestro, en caso de que el declarante no sea el asegurado deberá demostrar fehacientemente que actúa en nombre del mismo, y en caso de incurrir en omisiones o inexactitudes, será en perjuicio del asegurado.

"Autorizo expresamente a la aseguradora para que utilice la información que proporciono en el presente formulario, de la manera que considere conveniente".

Guatemala, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2,0 \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma del Asegurado