



20 Calle 15-20, Zona 13 Edificio "Aseguradora La Ceiba"
 PBX: (502) 2379-1800 Fax: (502) 2334-8167/68
 Guatemala, C. A.
 admin@aceiba.com.gt

DECLARACION DE SINIESTRO RELATIVA A LA SIGUIENTE RECLAMACION HECHA A LA COMPAÑIA DE SEGUROS "ASEGURADORA LA CEIBA"

Para poder procesar debidamente su declaración es indispensable completar la información requerida.

YO: _____

En domicilio: _____ Tel: _____

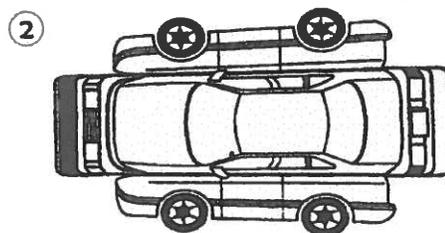
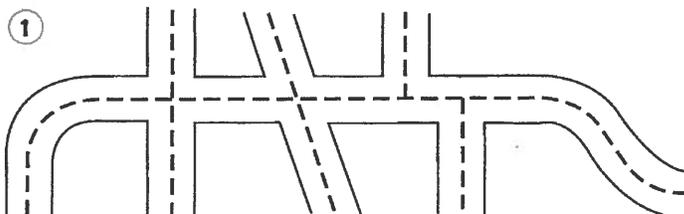
Hago la siguiente declaración acerca de los detalles del siniestro especificado a continuación, así como los datos de la póliza de Seguro No.: _____ con el inciso No.: _____ que ampara el vehículo que se describe a continuación.

DATOS DEL VEHICULO ASEGURADO							
Tipo	Marca - Línea	Año	Placa	Color	Número de Chasis	Número de Motor	Tonelaje

Uso: Particular Comercial Otro Especifique _____

DETALLES DEL ACCIDENTE		
Fecha del Siniestro:	Hora del siniestro:	
Lugar Exacto del Siniestro:		
Nombre del piloto:	Sexo: M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	Edad:
Dirección particular del piloto:	Teléfono:	
Relación con el asegurado:		
Licencia No.:	Tipo:	Fecha de vencimiento:
Otras personas que viajaban en el vehículo asegurado y sus direcciones:		
Testigos y sus direcciones:		
¿Qué autoridad conoció el siniestro?	Comisaría:	A quién culpó:
¿A que juzgado se remitió?	No. de Oficio:	
¿El tercero, se comprometió a pagarle algo?	¿Cuanto? Q.	
¿Tiene otros seguros sobre el mismo vehículo?	Compañía	
¿El vehículo fué comprado a través de una financiera?	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	¿Cual?
¿En que lugar se encuentra actualmente el vehículo asegurado?		
¿Como ocurrió el siniestro?		
¿Cual cree que fué la causa principal del siniestro?		

1- Indique en uno de estos esquemas el rumbo o la posición de su vehículo, así como del otro con respecto al suyo:
 2- Marcar con una cruz el lugar del daño.



¿Tenía usted preferencia de vía? Si No ¿Había semáforo u otra señal de tránsito? Si No

SECCIÓN 1 AB - DAÑOS AL VEHICULO ASEGURADO							
Daños sufridos por el vehículo asegurado como resultado directo del accidente:							

SECCIÓN 2 A - DAÑOS MATERIALES A LA PROPIEDAD AJENA							
Nombre del Tercero:							
Nombre del Propietario:							
Piloto:				Dirección:			
				Teléfono:			

DATOS DEL VEHICULO TERCERO							
Tipo	Marca - Línea	Año	Placa	Color	Número de Chasis	Número de Motor	Tonelaje

Daños Causados:							
Lugar en que se encuentra el vehículo:							
Otros daños a la propiedad ajena:							
¿Tenía seguro el tercero?		Póliza No.		Cía. Aseguradora:			

SECCIÓN 2 B - LESIONES CORPORALES A TERCERAS PERSONAS							
Nombre del médico:							
Nombre del lesionado / fallecido:		Tipo de lesiones:		Causa de Muerte		Hospital	

SECCIÓN 3 AB - LESIONES CORPORALES A OCUPANTES DEL VEHICULO ASEGURADO							
Nombre del médico:							
Nombre del lesionado / fallecido:		Tipo de lesiones:		Causa de Muerte		Hospital	

SI EL ACCIDENTE FUE PROVOCADO POR OTRA PERSONA							
Nombre del conductor del vehículo culpable:							
Dirección:				Teléfono:			
Nombre del propietario del vehículo culpable:							
Dirección:				Teléfono:			

DATOS DEL VEHICULO CULPABLE							
Tipo	Marca - Línea	Año	Placa	Número de Chasis	Número de Motor	Tonelaje	
Cía. Aseguradora:				Póliza No.:			

NOTA: Protesto haber asentado fielmente todos los datos relativos al accidente y a mi reclamación y estar dispuesto a facilitar los informes que la Compañía de Seguros: _____ 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 Compañía de Seguros: _____, cualquier notificación o reclamo 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.

Guatemala, _____ de _____ de _____

Firma del Asegurado