

**Declaración de siniestro
relativa a la siguiente reclamación
hecha a Seguros Agromercantil**

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

Yo: _____
 Con domicilio en: _____ Tel: _____
 Correo electrónico: _____ Celular: _____
 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 VEHÍCULO ASEGURADO

Tipo	Marca-Línea	Color	Año	Placa	Número de Chasis	Número de Moto	Tonelaje

Uso: Particular Comercial Otro Especifique: _____

DETALLES DEL ACCIDENTE

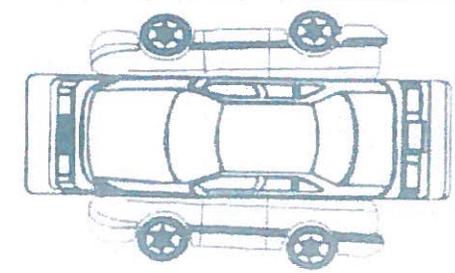
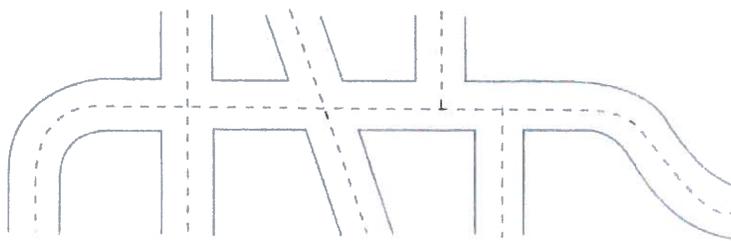
Fecha del siniestro: _____ Hora del siniestro: _____
 Lugar exacto del siniestro: _____
 Nombre del piloto: _____ Sexo: M F Edad: _____
 Dirección particular del piloto: _____ Teléfono: _____
 Relación con el asegurado: _____
 Licencia No. _____ Tipo: _____ Fecha de vencimiento: _____
 Otras personas 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? _____ ¿Cuánto? Q. _____
 ¿Tiene otros seguros sobre el mismo vehículo? _____ Compañía: _____
 ¿El vehículo fue comprado a través de una financiera? Si No ¿Cuál? _____
 ¿En que 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.
- Marcar con una cruz el lugar del daño.



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

SECCIÓN 1AB - DAÑOS AL VEHÍCULO ASEGURADO

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

SECCIÓN 2A - DAÑOS MATERIALES A LA PROPIEDAD AJENA

Nombre del Tercero:

Nombre del Propietario:

Piloto:

Dirección:

Teléfono:

DATOS DEL VEHÍCULO TERCERO

Tipo	Marca-Línea	Color	Año	Placa	Número de Chasis	Número de Motor	Tonelaje

Lugar en que se encuentra el vehículo:

Otros daños a la propiedad ajena:

¿Tiene seguro?

Póliza No.:

Cía. Aseguradora:

DAÑOS AL VEHÍCULO TERCERO

Daños sufridos a vehículos terceros como resultado directo del accidente:

SECCIÓN 2B - LESIONES CORPORALES A TERCERAS PERSONAS

Nombre del médico:

Nombre del lesionado/fallecido

Tipo de lesiones

Causa de Muerte

Hospital

SECCIÓN 3A-B LESIONES CORPORALES A OCUPANTES DEL VEHÍCULO 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 propietario del vehículo culpable:

Dirección:

Teléfono:

Nombre del conductor del vehículo culpable:

Dirección:

Teléfono:

DATOS DEL VEHÍCULO RESPONSABLE DEL SINIESTRO

Tipo	Marca-Línea	Color	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 SEGUROS AGROMERCANTIL, 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 SEGUROS AGROMERCANTIL, 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