

# SEGUROS DE VEHICULOS

## AVISO DE SINIESTRO

TODAS LAS PREGUNTAS DE ESTE FORMULARIO DEBEN RESPONDERSE

Nombre del Asegurado:	Póliza No.:
Dirección Domicilio:	Celular:
Dirección Oficina:	E-mail:

## AUTOMOVIL ASEGURADO

Marca:	Modelo:	Color:
Placa:	Chasis	
¿Para que lo usaba el momento del accidente ?		

## EL CONDUCTOR

Nombre de la persona que manejaba el automovil al momento del accidente :				
Dirección				
Edad:	Teléfono:	Licencia No.:	Tipo:	Caduca fecha:
¿ Si manejaba otra persona que no sea el asegurado, quién lo autorizó ?				
¿ Qué parentesco tiene con el asegurado ?				

## INFORMACION DEL SINIESTRO

Fecha del accidente:	Hora:	En qué dirección circulaba el vehiculo asegurado?:		
Lugar donde ocurrió el accidente:				
Velocidad:	Estaba tocando la bocina:	¿ En qué lado de la calle?		
¿ Tenía luces encendidas ?	¿ Tomó nota la policia ?		¿ Hay parte policial ?	
¿ A qué juzgado se elevó la causa ?		¿ Quién manejaba el otro vehículo ?		
¿ Era clara la visibilidad ?	¿ Estaba el pavimento mojado ?	¿ Cuántas personas viajaban?	¿ Sufrieron lesiones ?	

Describa el accidente en detalle y haga un diseño a continuación, lo que usted crea ayudará a que se comprenda con facilidad el accidente.

---



---



---



---



---



---



---



---

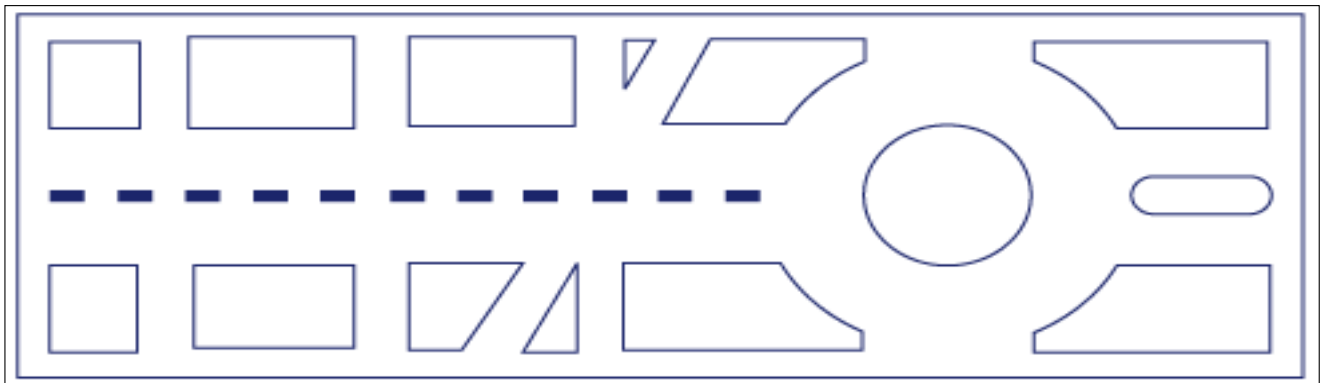


---



---

MUESTRE LA DIRECCION DE LOS VEHICULOS CON FLECHAS ASI: 



**TESTIGOS DEL ACCIDENTE**

Nombre Completo :	Dirección:	Teléfono:

**DAÑOS AL AUTOMOVIL ASEGURADO**

Detalle de todos los daños:


¿ Dónde está su automovil ahora ? ( Incluya dirección y Telf)

¿ Cómo movilizó su automovil?

**LESIONES A OCUPANTES DEL VEHICULO**

Nombres de las personas lesionadas:

Dirección:	Teléfono:	Ocupación:
Naturaleza de la lesión:	¿ Dónde fue llevado después del accidente?	

**DAÑOS A LA PROPIEDAD DE OTROS**

Nombre del Propietario:	Dirección:		
Teléfono:	Si es automovil, placa:	Marca:	Tipo:

Descripción de daños:


¿ Está asegurado ?

¿ Con qué Compañía?

NOTA: Si este espacio le es insuficiente y existe daños a otras personas, dé los detalles en hojas aparte.

**LESIONES A PERSONAS ( Responsabilidad Civil)**

Nombre de la persona lesionada:

Dirección	Teléfonos:
Ocupación:	Naturaleza de la lesión:

¿ Qué relación o parentesco tiene con el asegurado?

¿Dónde fue llevado después del accidente?

Nombre del doctor que lo atendió o lo atiende:

Dirección:	Teléfono
------------	----------

NOTA: Si este espacio le es insuficiente y existe daños a otras personas, dé los detalles en hojas aparte

Autorizo a Oriente Seguros S.A. a verificar y solicitar fotocopias de toda la documentación que tenga relación con el presente reclamo, que se encuentra establecida en la póliza. Declaro que las informaciones antes expresadas son exactas en todos sus detalles y que estoy pronto a prestar a la compañía toda la asistencia y apoyo para la buena liquidación de esta reclamación.

La falsedad en cualquiera de la información proporcionada dejará sin efecto la reclamación efectuada.

\_\_\_\_\_

Fecha

\_\_\_\_\_

Firma del Asegurado

El Contratante y/o Asegurado podrá solicitar a la Superintendencia de Compañías, Valores y Seguros la verificación de este texto.

Nota: Para efectos de control la Superintendencia de Compañías, Valores y Seguros asigno al presente Formulario, el Registro número de de de 2018