

Para proceder con el reclamo, debes presentar la documentación completa y especificada en las condiciones generales de acuerdo al producto y al beneficio por el cual presentas reclamación. Completa el formulario con letra legible y en todos los campos requeridos.

#### DATOS DEL ASEGURADO

Nombre del asegurado:	Correo electrónico:
Dirección particular:	Teléfono:
Dirección comercial:	Teléfono:
Nombre del propietario del vehículo asegurado:	

#### DATOS DEL VEHÍCULO ASEGURADO

Placa:	Marca:	Modelo:	Año:
Color:	N° chasis:	N° de motor:	

#### DESCRIPCIÓN DEL SINIESTRO

Fecha de accidente o robo: <small>Día</small> / <small>Mes</small> / <small>Año</small>	Hora:	<input type="checkbox"/> a.m.	<input type="checkbox"/> p.m.
---	-------	-------------------------------	-------------------------------

Dirección exacta del lugar dónde ocurrió:

Describe cómo ocurrió (si el espacio no es suficiente, agrega una hoja):

---

---

---

---

---

#### DATOS DEL CONDUCTOR DEL VEHÍCULO ASEGURADO

Nombre de la persona que iba conduciendo:	Fecha de nacimiento: <small>Día</small> / <small>Mes</small> / <small>Año</small>		
Licencia N°:	Clase:	Fecha de emisión: <small>Día</small> / <small>Mes</small> / <small>Año</small>	Fecha de vencimiento: <small>Día</small> / <small>Mes</small> / <small>Año</small>

¿La persona que iba conduciendo el vehículo era?			
Empleado <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Cargo:	Familiar <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Parentesco:

Dirección de residencia de la persona que conducía:

#### OCUPANTES DEL VEHÍCULO ASEGURADO

¿Cuántas personas viajaban en el vehículo asegurado? (favor especificar):

Nombre:	Dirección:
Nombre:	Dirección:
Nombre:	Dirección:

#### INTERVENCIÓN DE LAS AUTORIDADES

¿Reportó el siniestro a las autoridades? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿A qué autoridades hizo el reporte?
--	-------------------------------------

¿Qué compromiso se estableció por parte de la persona que resultó culpable del accidente?

¿A quién culpó la autoridad?	¿Se considera culpable? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿Aceptó la culpabilidad el otro conductor? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
------------------------------	---	--

#### TESTIGOS DEL SINIESTRO

Nombre:	Teléfono:	Dirección:
Nombre:	Teléfono:	Dirección:
Nombre:	Teléfono:	Dirección:

**DESCRIPCIÓN DEL OTRO VEHÍCULO QUE INTERVINO EN EL ACCIDENTE**

Nombre del propietario:		Correo electrónico:	
Dirección de residencia:		Teléfono del propietario:	
Nombre del conductor:		Teléfono del conductor:	
Dirección de residencia:			
Placa:	Clase:	Marca:	Color:

¿El vehículo está asegurado?  Sí  No    ¿Con cuál compañía?

**DAÑOS AL VEHÍCULO ASEGURADO**

Describe los daños sufridos por tu vehículo en el accidente:

¿En qué taller se puede ver el vehículo?

**RESPONSABILIDAD CIVIL POR DAÑOS A TERCEROS EN SUS BIENES**

Describe los daños materiales sufridos por el otro vehículo o por otra clase de bienes:

**RESPONSABILIDAD CIVIL POR DAÑOS A TERCEROS EN SUS PERSONAS**

Nombre y dirección de personas que no se conducían en el vehículo asegurado y que sufrieron daños corporales:

Descripción de los daños corporales causados por el vehículo asegurado:

¿Está hospitalizado?  Sí  No    Nombre del centro hospitalario:

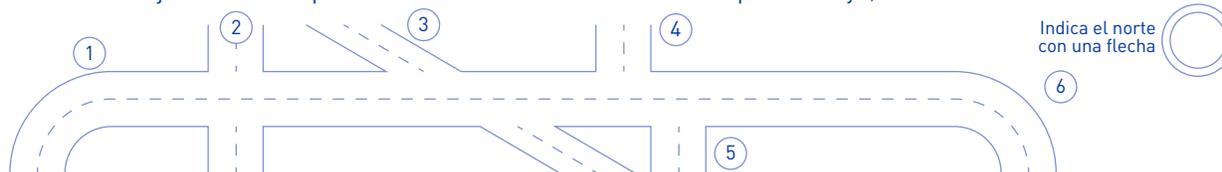
**GASTOS MÉDICOS PARA LOS OCUPANTES DEL VEHÍCULO ASEGURADO**

Nombre de los ocupantes del vehículo asegurado que resultaron lesionados y descripción de las lesiones:

¿Está hospitalizado alguno de los ocupantes?  Sí  No    Nombre del centro hospitalario:

**GRÁFICA DEL SINIESTRO**

Indica en uno de estos dibujos el rumbo o posición de tu vehículo como del otro respecto al tuyo, en el momento del accidente:



**FECHA DEL AVISO Y FIRMAS DE RESPONSABLES**

Bajo gravedad de juramento declaro que los datos contenidos en este aviso de siniestro han sido examinados por el firmante y constituyen una verdadera y completa declaración de los hechos. Me obligo a suministrar a la compañía todos los informes que me solicite con respecto al siniestro o la indemnización y faculto a ésta para que en mi nombre pueda requerir información relativa a este reclamo ME COMPROMETO A NO ACEPTAR RESPONSABILIDAD SIN EL CONSENTIMIENTO PREVIO Y ESCRITO DE LA COMPAÑÍA.

Fecha (Día / Mes / Año)	Firma del asegurado y sello en caso de ser persona jurídica	Firma del conductor
-------------------------	---	---------------------

**RECORDATORIOS**

- Adjunta fotocopia de tarjeta de circulación y licencia del conductor.
- Cuando el reclamo es por robo, presenta certificación de denuncia hecha ante las autoridades.
- Ocurrido un siniestro debes comunicarlo de inmediato a la compañía y este formulario deberá presentarse dentro de las 48 horas siguientes.

**USO EXCLUSIVO DE ASESUISA**

Nombre de quien recibió el reclamo	Fecha (Día / Mes / Año)
------------------------------------	-------------------------