



**FORMULARIO DE RECLAMO RAMO AUTOMOTORES  
SEGUROS AZUL, S.A.**

Calle Las Palmas No. 249, Colonia San Benito, San Salvador Tel. (503) 2299-3000

**DATOS DEL ASEGURADO**

Nombre del Asegurado: _____	Num. Póliza: _____	
Dirección Particular: _____	Teléfono Casa: _____	
E-mail: _____	Teléfono Celular: _____	Teléfono Trabajo: _____

Marca: _____	Modelo: _____	Año: _____	Color: _____
No. Placa: _____	No. Chasis: _____	No. Motor: _____	
Nombre del conductor: _____	Fecha Nacimiento: _____		
No. Licencia: _____	Vencimiento: _____	Años de poseerla: _____	
Clase: _____	Fecha de Emisión: _____	Relación con el Propietario: _____	

Fecha Siniestro: _____	Hora Siniestro: _____	Causa: _____
Lugar del Siniestro: _____		
Lugar donde se atendió el siniestro: _____		
Descripción del Siniestro: _____		

¿Reportó el siniestro a las Autoridades?:	SI ___ NO ___	Fecha de Reporte: _____
¿A quien Culpó el agente de tránsito?:	_____	No. de Parte policial: _____
¿Hubo Compromiso de pago de parte del culpable?:	SI ___ NO ___	Nombre Responsable: _____
Donde se encuentra el vehículo asegurado: _____		
Taller donde será Reparado: _____		
Describa los Daños del vehículo: _____		

**IMPORTANTE: Anexar copia de Tarjeta de circulación y Licencia del conductor del vehículo al momento del siniestro**

### RESPONSABILIDAD CIVIL EN BIENES A TERCEROS

Marca: _____	Modelo: _____	Año: _____	Color: _____
No. Placa: _____	No. Chasis: _____	No. Motor: _____	
Nombre del conductor: _____	No. Licencia: _____		
Nombre del Propietario _____	Relacion con el Propietario: _____		
Direccion Particular: _____	Teléfono Casa: _____		
E-mail: _____	Teléfono Celular: _____	Teléfono Trabajo: _____	
Describe los Daños del Bien: _____			
<b>Taller donde sera reparado:</b>			

### RESPONSABILIDAD CIVIL EN PERSONAS

Nombre de las personas que resultaron con lesiones al momento del accidente:  
Descripción de las lesiones corporales causadas por el vehículo asegurado:  

### GASTOS MEDICOS A LOS OCUPANTES DEL VEHICULO ASEGURADO

Nombre de las personas que resultaron con lesiones al momento del accidente:  
Descripción de las lesiones corporales causadas por el vehículo asegurado:  
<b>Nota: todos los gastos incurridos se tramitaran bajo reembolso de acuerdo a los limites establecidos en la Caratula de la poliza</b>

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 declaracion de los hechos. Me obligo a suministrar a Seguros Azul, S.A. todos los informes que me solicite con respecto al siniestro o la indemnizacion, y faculto a esta aseguradora, para que en mi nombre pueda requerir informacion relativa a este reclamo. Me comprometo a no aceptar responsabilidad sin el consentimiento previo y escrito de la Aseguradora, y hacer de su conocimiento en forma inmediata cualquier notificacion o reclamo que reciba sobre el evento.

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

\_\_\_\_\_  
Fecha