

SEGUROS DE AUTOMOTORES

FORMULARIO PARA REPORTE DE ACCIDENTE O ROBO

POLIZA No.: _____
VENCE: _____

EXPEDIENTE No. _____

DE ACUERDO A LO INDICADO EN SU TARJETA DE SEGURO, ESTE FORMULARIO DEBERA PRESENTARSE DENTRO DE LAS 48 HORAS SIGUIENTES DE HABER OCURRIDO EL SINIESTRO, FAVOR LEERLO DETENIDAMENTE ANTES DE CONTESTARLO.

I. ASEGURADO _____

Dirección: Residencia _____ Tels. Nos.: _____
 Trabajo _____ Tels. Nos.: _____

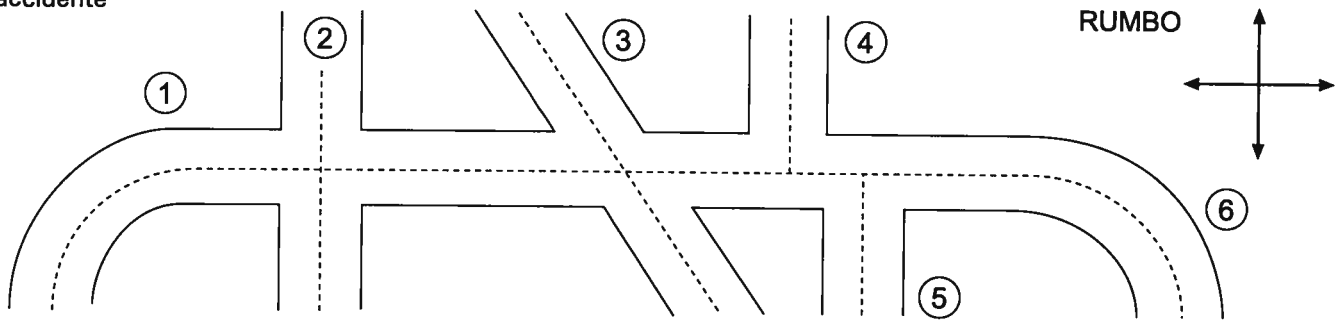
II. DATOS DEL VEHICULO ASEGURADO

Marca: _____ No. Motor: _____ Color: _____
 Modelo: _____ No. Chasis: _____ Placa: _____
 Capacidad: _____ Año Fabricación: _____ Deducible: _____

III. DATOS DEL ACCIDENTE O ROBO

Fecha del Evento: _____ Hora: _____ Día: _____
 Lugar exacto del suceso: _____ (De la semana)
 Describa cómo ocurrió: _____

Rumbo al que se dirigía: _____ Velocidad: _____ K.P.H.
 Indique en uno de estos dibujos el rumbo o posición de su vehículo, así como del otro respecto al suyo, en el momento del accidente



IV- DAÑOS AL VEHICULO ASEGURADO

Describa los daños sufridos por su vehículo en el accidente _____

Dirección donde se puede ver el vehículo _____

V- DATOS DEL PROPIETARIO DEL VEHICULO ASEGURADO:

El vehículo es propiedad de: _____
 ¿Es empleado permanente suyo el motorista? _____ ¿Parentesco del motorista con el asegurado? _____, Uso del vehículo _____
 Nombre y Dirección de quienes viajaban en el vehículo: _____

Nombre y Dirección de testigos del evento: _____

Adjunte por separado: - Fotocopia de las Tarjetas de Circulación y de las Licencias de los motoristas involucrados en el evento.
 - Original de Certificación de la denuncia ante las Autoridades correspondientes.
 - El presupuesto de reparación de daños en original y copia

Davivienda Seguros, S.A.

Av. Olímpica No. 3550, Centro Financiero Davivienda, 5ª. Planta, Col. Escalón, San Salvador, El Salvador, C.A.
 PBX: (503) 2567-1111, Fax: (503) 2298-5727.

VI- DATOS DEL MOTORISTA DEL VEHICULO ASEGURADO

Nombre de la persona que manejaba _____
Dirección: _____ Teléfonos Nos.: _____
Fecha de nacimiento: _____, Edad _____ Años Licencia No.: _____
Clase de Licencia: _____, Emitida el _____ Vence el _____
Años de tener Licencia: _____ ¿Quién le autorizó a conducir el vehículo asegurado? _____
Cargo _____

VII. DATOS DEL OTRO VEHICULO INVOLUCRADO EN EL ACCIDENTE

¿Cuál es la placa del otro vehículo? _____ Marca _____ Color _____
Clase _____ ¿Quién es su propietario? _____
¿Quién era su conductor? _____
¿Adónde reside? _____ Teléfono: _____
¿Está asegurado? SI NO Nombre de la Aseguradora _____

VIII. DATOS DE AUTORIDADES

¿Se ha notificado el caso a las Autoridades? SI NO ¿A qué Autoridad y cuándo? _____
¿Qué Autoridad tomó parte del evento? _____
¿A quién culpó? _____ ¿Qué compromiso se estableció por parte de la persona que resultó culpable del accidente? _____

IX. DAÑOS A TERCEROS EN BIENES

Descripción de los daños materiales a vehículos _____
¿Dónde se puede encontrar el vehículo? _____
¿Daños materiales a otra clase de bienes? _____
¿Clase de bienes? _____
¿Ubicación? _____
¿Propietario? _____

X. DAÑOS A TERCEROS EN PERSONAS

Nombre y dirección de personas que no se conducían en el vehículo y que sufrieron lesiones corporales: _____
Descripción de las lesiones corporales causadas por el vehículo asegurado: _____
¿Están hospitalizados? SI NO ? ¿En qué lugar están? _____
(Nombre y Teléfono del Centro Hospitalario)

XI. GASTOS MEDICOS A OCUPANTES DEL VEHICULO ASEGURADO

Nombre de los ocupantes del vehículo asegurado que resultaron lesionados y descripción de lesiones: _____
¿Están hospitalizados? SI NO ? ¿En qué lugar están? _____
(Nombre y Teléfono del Centro Hospitalario)

En caso de lesiones corporales deberá añadirse declaración de siniestro de seguro de personas, informe médico y originales de factura de gastos de hospital, farmacia y de los médicos que intervinieron en el caso.

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 Davivienda Seguros, S.A. 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, y hacer de su conocimiento en forma inmediata cualquier notificación o reclamo que reciba sobre el evento.

_____ el _____ de _____ de 20_____

1) Firma del asegurado y sello en caso de ser persona jurídica _____ 2) Firma del conductor _____

Nombre del Agente Corredor _____