

FORMULARIO DE RECLAMOS AUTOMOVILES

Reclamo No. _____ Póliza No.

Nombre del Asegurado: _____

Dirección para envío de correspondencia: _____

Teléfono: _____ E-mail: _____ Fax: _____

Dirección en donde ocurrió el siniestro: _____

Fecha del accidente: _____ Hora: _____

Datos del Vehículo Asegurado

Marca: _____ Modelo: _____

Motor No.: _____ Chasis No.: _____

No. de Placa: _____

Nombre de la persona que conducía el vehículo en el momento de ocurrir el accidente: _____

Número de Identidad: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Licencia tipo: _____ Número: _____ Fecha de vencimiento: _____

Dirección: _____ Teléfono: _____

¿Qué relación o parentesco tiene con el asegurado? _____

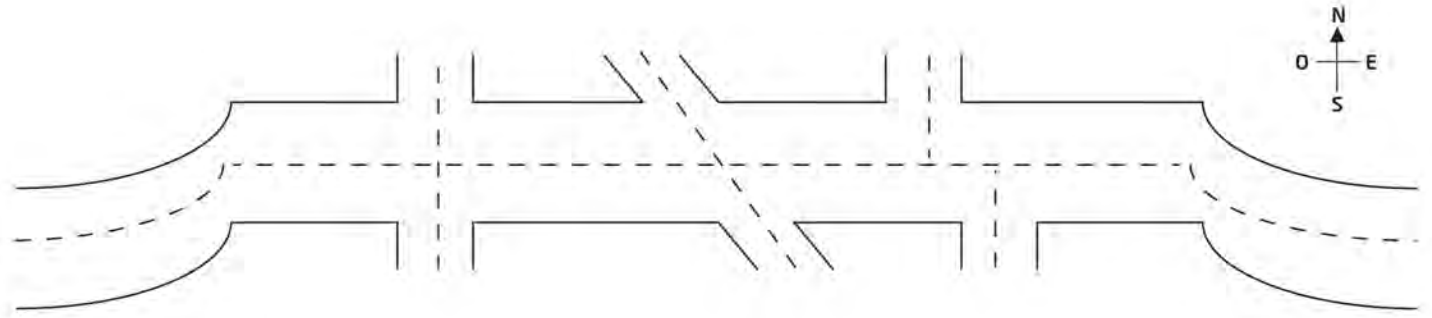
¿A quién se atribuye la responsabilidad? _____

¿Qué autoridad tuvo conocimiento del accidente? _____

¿En donde se encuentra el vehículo asegurado? _____

Si el vehículo fue detenido, indique en donde se encuentra y que comisaría o juzgado conoce el caso: _____

Describa con pormenores el accidente y utilice el dibujo que aparece a continuación para mostrar gráficamente la posición del vehículo que usted conducía y el (los) otro(s) vehículo(s) en caso de que hubiera(n), agregando todo lo que usted considere como importante: _____



Descripción de los daños al vehículo asegurado: _____

Datos de Testigos (si están disponibles)

Nombre de Testigos

Dirección

Teléfono

Datos del Culpable

Nombre de la persona que conducía el vehículo: _____
Dirección: _____ Teléfono: _____
Edad: _____ Licencia tipo: _____ Número: _____ Fecha de Vencimiento: _____
Marca del vehículo: _____ Modelo: _____
Motor No.: _____ Chasis No.: _____ No. de Placa: _____
Nombre y dirección del propietario del vehículo: _____

¿Hay compromiso de pago firmado? SI NO

OBSERVACIONES: _____

Datos de El (los) Tercero(s)

A. Daños a la Propiedad Ajena

Nombre del Propietario: _____
Dirección: _____ Teléfono: _____
Marca del vehículo: _____ Modelo: _____
Motor No.: _____ Chasis No.: _____ No. de Placa: _____

¿En que lugar se encuentra el vehículo? _____
Otro (especificar): _____
Descripción de los daños: _____

B. Lesiones a Personas

Ocupantes(s) del vehículo asegurado: _____ Ocupante(s) de Vehículos Tercero(s): _____ Atropellado(s): _____
(contestar con cantidad) (contestar con cantidad) (contestar con cantidad)

Nombres de Lesionados

Dirección

Teléfono

Tipo de lesiones: _____

Si hubo hospitalización, indique en que Hospital(es): _____

Fecha

Firma del Asegurado

DEPARTAMENTO DE RECLAMO DE DAÑOS

INSPECCION DE VEHICULOS

Asegurado _____

Tercero _____

Km _____

Km _____

PARTE FRONTAL

	REPARACION	REEMPLAZO
() Tono	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
() Pata(s) de tono	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
() Tablero	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
() Aro(s) de Foco	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
() Foco(s)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
() Bumper	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
() Extensión de Bumper	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
() Espejo Retrovisor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
() Guardafango Izquierdo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
() Guardafango Derecho	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
() Hule para vidrio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
() Insignia(s)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
() Lente(s) de vía	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
() Parilla	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
() Parabrisas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
() Pata(s) de Bumper	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
() Tolva Frontal Superior	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
() Tolva Frontal Inferior	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
() Tolva(s) interior de guardafango	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
() Vidrio Frontal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
() Moldura(s) de Vidrio delantero	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
() Pegamento para vidrio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
() Defensa Frontal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

OTRAS PARTES MECANICAS

() Bomba de Agua	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
() Amortiguador	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
() Barra de Transmisión	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
() Batería	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
() Chasis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
() Diferencial	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
() Eje(s)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
() Tolva de Radiador	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
() Hule(s) de la Dirección	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
() Flecha(s)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
() Bufa(s)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
() Llanta(s)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
() Manguera de Radiador	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
() Radiador	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
() Rin(es)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
() Terminal(es) de Dirección	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
() Regulador de Voltaje	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
() Ventiladora	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
() Brazo(s) de Dirección	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
() Volante	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
() Puente(s)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
() Patas de Cofre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
() Tanque de Gasolina	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
() Pegamento de Vidrio Trasero	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
() Empaque de Vidrio Trasero	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

PARTE TRASERA

	REPARACION	REEMPLAZO
() Aro(s) de Stop	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
() Interior de Baúl	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
() Bumper	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
() Extensión de Bumper	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
() Cofre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
() Faldón Izquierdo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
() Faldón Derecho	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
() Insignia(s)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
() Lente(s) de Stop	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
() Pata(s) de Bumper	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
() Stop Completo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
() Tolva(s) Superipr	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
() Tolva(s) Inferior	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
() Moldura(s) de Cofre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
() Moldura de Guardafango	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
() Vidrio Trasero	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
() Moldura(s) de Vidrio Trasero	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
() Defensa Trasera	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

PARTES LATERALES DERECHA E IZQUIERDA

() Espejo(s) retrovisor lateral	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
() Felpas o Cepillos de Puerta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
() Llavín(es) de Puerta(s) Trasera(s)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
() Llavín(es) de Puerta(s) Delantera(s)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
() Puerta(s) Trasera(s)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
() Puerta(s) Delantera(s)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
() Moldura(s) de Puerta(s) Trasera(s)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
() Moldura(s) de Puerta(s) Delantera(s)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
() Pescante(s)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
() Moldura(s) de Pescante(s)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
() Moldura(s) de Techo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
() Cacománias	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
() Techo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
() Tapicería	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
() Chapa y/o recibidor de puerta(s)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
() Cremayera sube vidrio puerta(s)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
() Empaque(s) de puerta(s)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
() Manecilla(s) de puerta(s)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
() Vidrio puerta RH	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
() Vidrio puerta LH	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
() Vía cortesía RH/LH	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
() Vía guardafango RH/LH	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

OTROS

() Herramientas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
() Llanta de Repuesto	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
() Cola de Pato	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
() Wincher	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
() Hielera	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
() Neblinera	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
() Alarma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Otros Daños (añadir)

_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

FORMATO RESERVA DE SINIESTROS DE AUTOMOVILES

Monto Sugerido para reserva:

Riesgo A	Daños al Vehículo asegurado por colisión	L. _____
Riesgo B1	Daños al Vehículo asegurado por autoignición	L. _____
Riesgo B2	Robo Total	L. _____
Riesgo C	Daños a terceros en sus bienes	L. _____
Riesgo D	Daños a terceros en sus personas	L. _____
Riesgo E	Daños a cristales	L. _____
Riesgo F	Equipo especial	L. _____
Riesgo G	Huracán, ciclón, derrumbes, inundación	L. _____
Riesgo H	Extensión territorial	L. _____
Riesgo I	Gastos médicos de ocupantes	L. _____
Riesgo J	Seguro de asiento	L. _____
Total		L. _____

Tipo de Colisión

- Sin culpable
- Con culpable
- Con culpable y con conjunto de pago
- Con tercero afectado
- Sin tercero afectado

Existirá certificado de tránsito: SI NO

Fecha de entrega: _____

Número de patrulla: _____

Análisis de la colisión:

Culpable: ASEGURADO TERCERO

¿En qué fundamenta su culpabilidad? _____

Explique la posición adoptada por el tercero: _____

Nombre del inspector: _____ Fecha: _____