

DECLARACION JURADA DE AVISO DE SINIESTRO
Nombre de la Compañía: Seguros G Y T, S.A.



Importante: para poder procesar debidamente su reclamación es indispensable complete la información requerida.

Yo _____ Con Domicilio en: _____
 _____ Teléfono: _____

Hago la siguiente Declaración Jurada acerca de los detalles del siniestro especificado a continuación, así como de los datos de la Póliza de seguro No. _____ que ampara el vehículo que se describe a continuación: _____

DATOS DEL VEHICULO ASEGURADO

Tipo: _____

Marca - Estilo	Año	Placa	Número de Chasis	Número de Motor	Color	Tonelaje

Uso: Particular Comercial Otro Especifique _____

DETALLES DEL ACCIDENTE

Fecha del Siniestro: _____		Hora del Siniestro: _____	
Lugar Exacto del Siniestro: _____			
Nombre del piloto: _____		Sexo: _____	Edad: _____
Dirección Particular del Piloto: _____		Telefono: _____	
Relación con el Asegurado: _____			
Licencia No.: _____		Tipo: _____	Fecha de Vencimiento: _____
Otras Personas que viajaban en el vehículo asegurado y sus direcciones: _____			
Testigos y sus direcciones _____			
¿Qué autoridad conoció del siniestro?		Comisaria: _____	¿A quién culpó?
¿A que juzgado se remitió?		No. De Oficio: _____	
¿El tercero, se comprometió a pagarle algo?		¿Cuanto? Q. _____	
¿Tiene otros seguros sobre el mismo vehículo?		Compañía _____	
¿El vehículo fue comprado a través de alguna financiera Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		¿Cuál? _____	
¿En qué lugar se encuentra actualmente el vehículo asegurado?			
¿Como ocurrió el siniestro? _____			
¿Cual cree que fue la causa principal del siniestro? _____			
Indique en un de estos esquemas el rumbo o la posición de su vehículo, así como del otro con respecto al suyo:			
¿Tenía Usted Preferencia de vía? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		¿Había semáforo u otra señal de tránsito? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	

SECCION 1 AB - DAÑOS AL VEHICULO ASEGURADO

Daños sufridos por el vehículo asegurado como resultado directo del accidente: _____

SECCION 2 A - DAÑOS MATERIALES A LA PROPIEDAD AJENA

Nombre del Tercero:			
Nombre del Propietario:			
Piloto:	Dirección:	Telefono:	
Marca Vehículo:	Línea:	Año:	Placas:
Daños Causados: _____			
Lugar en que se encuentra el vehículo:			
Otros daños a la propiedad ajena:			
¿Tenía seguro el tercero?	Póliza No.	Cía. Aseguradora:	

SECCION 2 B - LESIONES CORPORALES A TERCERAS PERSONAS

Si hubo terceros lesionados ¿A dónde fueron trasladados?				
		Nombre del Médico:		
Nombre	Nat. Daños o Lesiones	Quirurg.	Hospital	Muerte
_____	_____	()	()	()
_____	_____	()	()	()
_____	_____	()	()	()

SECCION 3 AB - LESIONES CORPORALES A OCUPANTES DEL VEHICULO ASEGURADO

Si hubo lesionados en el vehículo asegurado ¿A donde fueron trasladados?				
		Nombre del Médico:		
Nombre	Nat. Daños o Lesiones	Quirurg.	Hospital	Muerte
_____	_____	()	()	()
_____	_____	()	()	()
_____	_____	()	()	()

SI EL ACCIDENTE FUE PROVOCADO POR OTRA PERSONA

Nombre del conductor del vehículo culpable:			
Dirección:		Teléfono:	
Nombre del dueño del vehículo culpable:			
Dirección :		Teléfono:	
VEHICULO CULPABLE:	Marca:	Modelo:	Año:
Placa No.	Cía. Aseguradora:	Póliza No.	

NOTA: Protesto haber asentado fielmente todos los datos relativos al accidente y a mi reclamación y estar dispuesto a facilitar los informes que Seguros G y T, Sociedad Anónima, pudiera pedirme con respecto al siniestro o a la indemnización.

Hago constar que ninguno de los términos, condiciones y estipulaciones de la póliza han sido violados por cualquier acto mío, ni por acción de cualquier otra persona con mi consentimiento.

Me comprometo a no aceptar ninguna responsabilidad sin el consentimiento por escrito de la Compañía y a enviar inmediatamente a Seguro G y T, Sociedad Anonima, cualquier notificación o reclamación que reciba en relación con este siniestro.

En caso de que el declarante no sea el asegurado deberá demostrar fehacientemente que actúa en nombre del mismo, y en caso de incurrir en omisiones o inexactitudes, será en perjuicio del asegurado.

Guatemala, _____ de _____ de 20 _____

Firma del Asegurado