

FORMULARIO DE RECLAMACIÓN

Reclamo No. _____ Póliza _____
 Riesgo _____
 Deducible _____

Nombre del Asegurado: _____
 Dirección actual para envío de Correspondencia _____
 Teléfono: _____ Cel.: _____ E-mail: _____
 Dirección en donde ocurrió el siniestro: _____
 Fecha del accidente Hora
 Gestionará Reclamo: _____
 Capacidad Pasajeros: _____ Uso: _____ Cargo _____

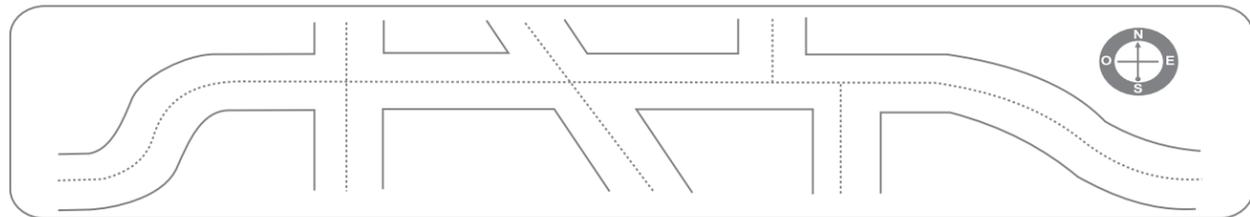
DATOS DEL VEHICULO ASEGURADO

Marca: _____ Tipo: _____ Motor No.: _____
 Chasis No.: _____ N. de Placa: _____ Color: _____ Año: _____
 Nombre de la Persona que conducía el vehículo en el momento de ocurrir el accidente: _____

Número de Identidad: _____ Fecha de Nacimiento: Licencia Tipo: L P I
 Número de Licencia: _____ Fecha de Vencimiento: Teléfono: _____
 Estado Civil: _____ Edad: _____ Profesión u Oficio: _____
 Dirección _____

Tuvo conocimiento alguna autoridad? Si No Que autoridad? _____
 Por que no dió parte a una autoridad? _____
 Actividad específica que desempeñaba el vehículo al momento del accidente (uso) _____
 Qué relación o parentesco tiene con el asegurado? _____
 A quién se atribuye la responsabilidad? _____
 En dónde se encuentra el vehículo asegurado? _____
 Si el vehículo fue detenido indique en dónde se encuentra y qué comisaría o juzgado conoce el caso: _____

Describa como ocurrió 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 sea importante: _____



Descripción de los daños al vehículo asegurado _____

Datos de Testigos (si está disponible)

Nombres 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 del propietario del vehículo: _____
 Dirección _____
 Hay un compromiso de pago firmado? Si No
 OBSERVACIONES _____

Datos de El (los) Tercero (s)

A. Daños a la propiedad Ajena:

Nombre del Propietario _____
 Dirección _____ Teléfono _____
 Edad Licencia Tipo: _____ Número: _____ Fecha de Vencimiento:
 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 No. Ocupantes(s) del vehículo (s) Tercero s. No. Atropellado(s) No.

Nombre de lesionado	Dirección	Teléfono
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

Tipo de lesiones _____
 Si hubo hospitalización indique en que Hospital (es) _____

Protesto haber asentado fielmente todos los datos relativos al accidente y a mi reclamación y estar dispuesto a facilitar todos los informes que MAPFRE, pudiera pedirme con respecto al siniestro o la indemnización. Hago constar que ninguno de los términos, condiciones y estipulaciones de la Póliza, ha sido violado por cualquier acto de mi parte, ni por acción de cualquier persona con mi consentimiento.

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

_____ de _____ de 20_____
 Firma del Asegurado o su Representante Legal