



# REPORTE DE SINIESTRO DE AUTOMOVIL

ANEXO 2

No.  

BAJO LA POLIZA No. \_\_\_\_\_

(1) Yo. \_\_\_\_\_ Con Domicilio en: \_\_\_\_\_

(2) \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Hago la siguiente Declaración Jurada acerca de los detalles del siniestro especificado a continuación, así como los datos de la póliza de seguro que ampara el mismo y el vehículo que se describe.

### DATOS DEL AUTOMOVIL ASEGURADO E-mail: \_\_\_\_\_

(3) Marca: \_\_\_\_\_ Modelo: \_\_\_\_\_ Motor No: \_\_\_\_\_ Placas No.: \_\_\_\_\_

(4) Chasis No.: \_\_\_\_\_ Línea: \_\_\_\_\_ Color: \_\_\_\_\_

(5) ¿Qué uso se le estaba dando al momento del accidente? \_\_\_\_\_

(6) \_\_\_\_\_

(7) ¿Tiene otros seguros sobre el mismo vehículo? \_\_\_\_\_

### DEL CONDUCTOR

(8) Nombre de la persona que conducía el automóvil al momento del accidente: \_\_\_\_\_

(9) Teléfono: \_\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_

(10) Edad: \_\_\_\_\_ ¿Tenía Licencia? SI  NO  Indique el Número: \_\_\_\_\_

(11) Clase: \_\_\_\_\_ Fecha de Vencimiento: \_\_\_\_\_

(12) Dirección: \_\_\_\_\_

(13) Si manejaba otra persona que no sea el asegurado, indique quién la autorizó: \_\_\_\_\_

### DETALLES DEL ACCIDENTE

(14) Fecha del accidente: \_\_\_\_\_ Hora: \_\_\_\_\_

(15) ¿En qué dirección iba el automóvil asegurado? \_\_\_\_\_ Velocidad: \_\_\_\_\_

(16) Dirección donde ocurrió el accidente: \_\_\_\_\_

(17) ¿En qué lado de la calle iba el asegurado? \_\_\_\_\_

(18) En caso de colisión con otro automóvil, ¿en qué dirección iba este último? \_\_\_\_\_

(19) ¿En qué lado de la calle iba el tercero? \_\_\_\_\_ ¿A qué velocidad? \_\_\_\_\_

(20) ¿Tomó nota la Policía? \_\_\_\_\_ Comisaría: \_\_\_\_\_ ¿a quién culpó? \_\_\_\_\_

(21) ¿A qué juzgado remitió? \_\_\_\_\_ No. de Oficio: \_\_\_\_\_

(22) Nombre de la persona que manejaba el otro automóvil: \_\_\_\_\_

(23) ¿Estaba el pavimento mojado? \_\_\_\_\_ ¿Era clara la visibilidad? \_\_\_\_\_

Describe el accidente en detalle y haga un diseño a continuación colocando lo que usted crea que ayudará a que se comprenda con facilidad la causa del mismo.

(24) \_\_\_\_\_

(25) \_\_\_\_\_

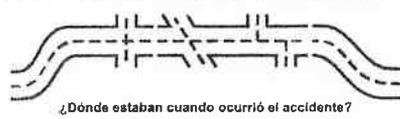
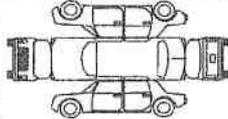
(26) \_\_\_\_\_

(27) \_\_\_\_\_

(28) Cuál cree que fue la causa principal del siniestro: \_\_\_\_\_

(29) \_\_\_\_\_

- a) Indique en uno de estos esquemas el rumbo o la posición de su vehículo, así como del otro con respecto al suyo.
- b) Marcar con una cruz el lugar del daño.



(30) Tenía usted preferencia de vía: SI  NO

(31) Había semáforo u otra señal de tránsito: \_\_\_\_\_

(32) \_\_\_\_\_

(33) Longitud \_\_\_\_\_ Latitud \_\_\_\_\_ Error \_\_\_\_\_

### DE LOS TESTIGOS

Nombres y Direcciones

(34) \_\_\_\_\_

(35) \_\_\_\_\_

(36) \_\_\_\_\_

### DAÑOS AL AUTOMOVIL ASEGURADO

(37) Descripción de los daños: \_\_\_\_\_

(38) \_\_\_\_\_

(39) \_\_\_\_\_

(40) ¿Dónde se encuentra el automóvil ahora? \_\_\_\_\_

(41) Taller: \_\_\_\_\_ Dirección: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Autorizo a Seguros El Roble, S. A. a movilizar el vehículo especificado en los incisos 3 y 4 de este formulario al Centro de la Valuación de Pérdidas de la Aseguradora o sus talleres afiliados con el propósito de verificar y reparar los daños resultado de este accidente, así mismo les autorizo a enviarme información relacionada a este siniestro y mi(s) póliza(s) de seguro vía mensajería de texto a través del servicio de teléfono colillar. Autorizo expresamente a la aseguradora para que utilice la información que proporciono en el presente formulario, de la manera que considere conveniente.

Lugar y Fecha: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
NOMBRE CEDULA/DPI FIRMA

### DATOS DEL TERCERO (CULPABLE)

(42) Nombre: \_\_\_\_\_ Dirección: \_\_\_\_\_

(43) Teléfono: \_\_\_\_\_ Lugar de Trabajo: \_\_\_\_\_ Tel.: \_\_\_\_\_

(44) Edad: \_\_\_\_\_ No. de Licencia: \_\_\_\_\_ Tipo: \_\_\_\_\_ Vencimiento: \_\_\_\_\_

(45) Automóvil Marca / Línea: \_\_\_\_\_ Placas: \_\_\_\_\_ Año: \_\_\_\_\_

(46) Firma Compromiso: SI  NO  ¿Cuánto? \_\_\_\_\_ Cía. Aseguradora: \_\_\_\_\_ Póliza No.: \_\_\_\_\_

### DE LAS LESIONES A PERSONAS

(47) Nombre de la persona lesionada: \_\_\_\_\_

(48) Dirección: \_\_\_\_\_ Ocupación: \_\_\_\_\_

(49) Naturaleza de las lesiones: \_\_\_\_\_

(50) ¿Tiene algún parentesco con el asegurado? (en caso afirmativo especifique): \_\_\_\_\_

(51) ¿A qué lugar fue trasladada después del accidente? \_\_\_\_\_

(52) Nombre del Médico que la atiende: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

(53) Dirección: \_\_\_\_\_

(54) ¿En qué lugar estaba la persona cuando se produjo el accidente? \_\_\_\_\_

Si hoy más de un lesionado, deben darse los datos aquí solicitados en relación con cada uno de ellos por separado en una hoja aparte.

### DAÑOS A LA PROPIEDAD AJENA

(55) Nombre del Propietario: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

(56) Piloto: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

(57) Dirección: \_\_\_\_\_

(58) Si es automóvil, dé el número de las placas: \_\_\_\_\_ Marca / Línea: \_\_\_\_\_

(59) Tipo: \_\_\_\_\_ Año: \_\_\_\_\_ Tenía seguro el tercero: \_\_\_\_\_ Póliza: \_\_\_\_\_ Cía. Aseguradora: \_\_\_\_\_

(60) Descripción de los daños: \_\_\_\_\_

(61) ¿Dónde se encuentra el automóvil ahora? \_\_\_\_\_

(62) Taller: \_\_\_\_\_ Dirección: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Si además de los descritos anteriormente, se produjeron otros daños a la propiedad ajena descríbalos en una hoja aparte. Autorizo a Seguros El Roble, S. A. a movilizar el vehículo especificado en los incisos 41 y 42 de este formulario al Centro de Valuación de Pérdidas de la Aseguradora o sus talleres afiliados con el propósito de verificar y reparar los daños resultado de este accidente. Autorizo expresamente a la aseguradora para que utilice la información que proporciono en el presente formulario, de la manera que considere conveniente.

Lugar y Fecha: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
NOMBRE CEDULA/DPI FIRMA

RESERVA Q. RECLAMO NO. AJUSTADOR