



La Ceiba
Aseguradora

20 Calle 15-20, Zona 13 Edificio "Aseguradora La Ceiba"
PBX: (502) 2379-1800 Fax: (502) 2334-8167/68
Guatemala, C. A.
admin@aceiba.com.gt

**DECLARACION DE SINIESTRO
RELATIVA A LA SIGUIENTE RECLAMACION HECHA
A LA COMPANIA DE SEGUROS
"ASEGURADORA LA CEIBA"**

Para poder procesar debidamente su declaración es indispensable completar la información requerida.

YO: _____ Tel: _____
En domicilio: _____

Hago la siguiente declaración acerca de los detalles del siniestro especificado a continuación, así como los datos de la póliza de Seguro No.: _____ con el inciso No.: _____ que ampara el vehículo que se describe a continuación.

DATOS DEL VEHICULO ASEGURADO

Tipo	Marca - Línea	Año	Placa	Color	Número de Chasis	Número de Motor	Tonelaje

Uso: Particular Comercial Otro Especifique _____

DETALLES DEL ACCIDENTE

Fecha del Siniestro: _____ Hora del siniestro: _____

Lugar Exacto del Siniestro: _____

Nombre del piloto: _____ Sexo: M F Edad: _____

Dirección particular del piloto: _____ Teléfono: _____

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 el siniestro? _____ Comisaría: _____ 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 fué comprado a través de una financiera? SI No ¿Cual? _____

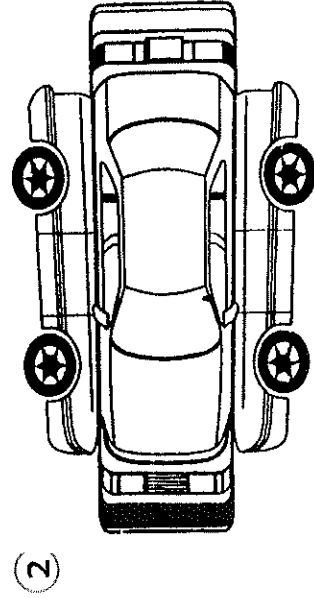
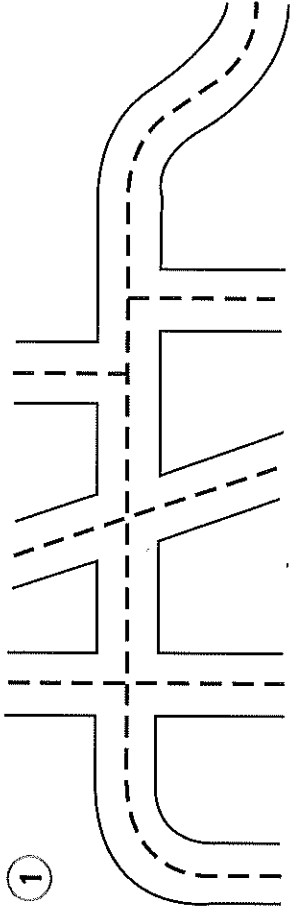
¿En que lugar se encuentra actualmente el vehículo asegurado? _____

¿Como ocurrió el siniestro? _____

¿Cual cree que fué la causa principal del siniestro? _____

1- Indique en uno de estos esquemas el rumbo o la posición de su vehículo, así como del otro con respecto al suyo.

2- Marcar con una cruz el lugar del daño.



¿Tenia usted preferencia de via? SI No ¿Había semáforo u otra señal de tránsito? SI No

SECCION I A8 - DAÑOS AL VEHICULO ASEGURADO

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

SECCION I A9 - DAÑOS AL TERCERO/A LA PROPIEDAD AJENA

Nombre del Tercero:

Nombre del Propietario:

Piloto:

Dirección:

Teléfono:

DAÑOS DEL VEHICULO EFECTUO

Tipo	Marca - Linea	Año	Placa	Color	Número de Chasis	Número de Motor	Tonelaje
------	---------------	-----	-------	-------	------------------	-----------------	----------

Daños Causados: _____

Lugar en que se encuentra el vehículo:

Otros daños a la propiedad ajena:

¿Tenia seguro el tercero?

Póliza No. _____

Cia. Aseguradora: _____

SECCION I B - LESIONES CORPORALES A OPORTUNES DE LA PERSONA ASEGURADA

Nombre del médico:

Nombre del lesionado / fallecido:

Tipo de lesiones:

Causa de Muerte

Hospital

Nombre del lesionado / fallecido:	Tipo de lesiones:	Causa de Muerte	Hospital

SECCION I B8 - LESIONES CORPORALES A OPORTUNES DE LA PERSONA ASEGURADA

Nombre del médico:

Nombre del lesionado / fallecido:

Tipo de lesiones:

Causa de Muerte

Hospital

Nombre del lesionado / fallecido:	Tipo de lesiones:	Causa de Muerte	Hospital

SI EL ACCIDENTE FUE POR CAUSA DE UNA OTRA PERSONA

Nombre del conductor del vehículo culpable:

Dirección:

Teléfono:

Nombre del propietario del vehículo culpable:

Dirección:

Teléfono:

DAÑOS DEL VEHICULO DEL TERCERO

Tipo	Marca - Linea	Año	Placa	Número de Chasis	Número de Motor	Tonelaje
------	---------------	-----	-------	------------------	-----------------	----------

Cia. 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 la Compañía de Seguros: **Hago constar que ninguno de los términos, condiciones y estipulaciones con respecto al siniestro o a la indemnización. Me comprometo a no aceptar ninguna responsabilidad sin el consentimiento por escrito de la Compañía y a enviar inmediatamente a la Compañía de Seguros: , cualquier notificación o reclamo 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 _____

Firma del Asegurado