

# DECLARACIÓN JURADA DE AVISO DE SINIESTRO



Nombre de la Compañía: \_\_\_\_\_

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 Seguros No.: \_\_\_\_\_ que ampara el vehículo que se describe a continuación.

DATOS DEL VEHÍCULO ASEGURADO:

TIPO: \_\_\_\_\_

Marca - Estilo	Año	Placa	Número de Chassis	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: _____			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 del siniestro?		Comisaría: _____	¿A quién culpó?
¿A qué juzgado se remitió?		No. de Oficio: _____	
¿El tercero, se comprometio a pagarle algo?		¿Cuánto? Q. _____	
¿Tiene otros seguros sobre el mismo vehículo?		Compañía: _____	
¿El vehículo fué comprado a través de alguna financiera? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		¿Cuál? _____	
¿En qué lugar se encuentra actualmente el vehículo asegurado?			
¿Cómo ocurrió el siniestro? _____			
¿Cuál cree que fué la causa principal del siniestro? _____			
Indique en uno 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 y otra señal de tránsito? Si <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	

**SECCIÓN 1 AB - DAÑOS AL VEHÍCULO ASEGURADO**

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

**SECCIÓN 2 A - DAÑOS MATERIALES A LA PROPIEDAD AJENA**

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

**SECCIÓN 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
_____	_____	( )	( )	( )
_____	_____	( )	( )	( )
_____	_____	( )	( )	( )
_____	_____	( )	( )	( )

**SECCIÓN 3 A B - LESIONES CORPORALES A OCUPANTES DEL VEHÍCULO ASEGURADO**

Si hubo lesionados en el vehículo asegurado ¿A dónde 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: \_\_\_\_\_  
 Nombre del dueño del Vehículo Culpable: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_  
 Dirección: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_  
 VEHÍCULO CULPABLE: Marca: \_\_\_\_\_ Modelo: \_\_\_\_\_ Año: \_\_\_\_\_ Chassis: \_\_\_\_\_  
 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 La Aseguradora, 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 La Aseguradora, 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.

De conformidad con los artículos 9 numerales 1, 5; 31 y 64 de la ley de Acceso a Información Pública; 19, 21, 22, 28, 46 de la ley contra el Lavado de Dinero u Otros Activos y 12 y 20 de su Reglamento; 55, 56 y 58 de la ley de Bancos y Grupos Financieros; 897 y 915 del Código de Comercio, 297 y 298 del Código Procesal, es de mi conocimiento que existe obligación de reportar a las autoridades competentes, la existencia de cualquier contratación así como la ocurrencia de cualquier hecho ilegal o delictivo. Asimismo de manera expresa autorizó a Seguros G&T, Sociedad Anónima, y a la Asociación Guatemalteca de Instituciones de Seguros AGIS- para que dichas entidades, puedan distribuir, intercambiar y compartir información con las autoridades de la Superintendencia de Bancos, Ministerio Público, Policía Nacional Civil, Policías Municipales de Tránsito, Superintendencia de Administración Tributaria, así como con cuerpos, órganos entes de policía e investigación en el ámbito nacional e internacional, autoridades tributarias y gubernamentales nacionales o internacionales, así como entidades aseguradoras o reaseguradoras nacionales e internacionales, a discreción de las entidades relacionadas en este párrafo. todas las cuales sin excepción alguna quedan autorizadas de manera expresa por el suscrito, **para que puedan distribuir, intercambiar o compartir información respecto a los datos personales** del suscrito relacionados con el siniestro cuyo reclamo se presente o ha sido presentado, y relacionados con la póliza identificada en este documento, a efecto de que todas y cada una de las entidades relacionadas y autorizadas en este párrafo, puedan realizar las investigaciones, archivos de información y verificaciones que correspondan, dentro del ámbito legítimo de sus objetivos, funciones y competencia.

Guatemala, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2,0 \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
 Firma de Tercero

\_\_\_\_\_  
 Firma de Asegurado