

**DECLARACION JURADA
RELATIVA A LA SIGUIENTE RECLAMACION HECHA A LA COMPAÑIA DE SEGUROS**

Para poder procesar debidamente su reclamación es indispensable complete la información requerida.

Yo _____ con domicilio en: _____

_____ Teléfono: _____ Cel.: _____ Correo Elec.: _____

Hago la siguiente Declaración Jurada acerca de los detalles del siniestro especificado a continuación, así como de los datos de la póliza.

_____ con el No. de bien _____ que ampara el vehículo que se describe a continuación:

NOTA: Es importante para la validez de su reclamación que al momento del siniestro las primas de su seguro se encuentren pagadas según lo estipulado en el contrato de seguro.

DATOS DEL VEHICULO ASEGURADO

Uso que se le da: _____

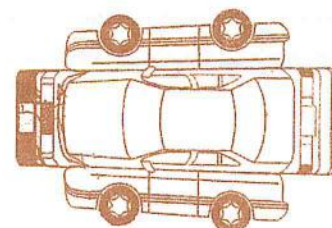
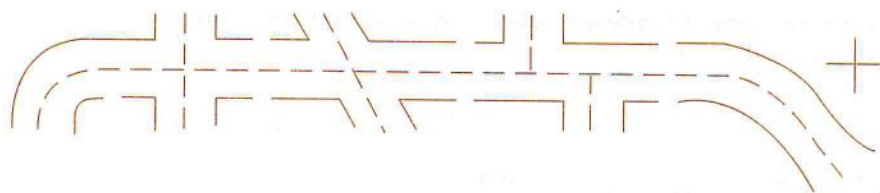
Marca-Estilo	Año	Placa	Número de Chasis	Número de Motor	Color	Tonelaje

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:		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 _____			
¿Que autoridad conoció del siniestro?		Comisaría:	
¿A qué juzgado se remitió?		No De Oficio:	
¿El tercero, se comprometió a pagarle algo?		¿ Cuánto? 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? _____			
Cuál cree que fue la causa principal de siniestro? _____			

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



¿Tiene Usted preferencia de vía? Si No

Había semáforo u otra señal de tránsito? Si No

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 Piloto:				
Nombre del Propietario:				
Dirección:			Teléfono:	
Marca Vehículo:	Línea:	Color:	Placa:	Año
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	Naturaleza de las Lesiones	Muerte
		()
		()
		()
		()

SECCION 3 AB - LESIONES CORPORALES A OCUPANTES DEL VEHICULO ASEGURADO

Si hubo lesionados en el vehículo asegurado ¿ A dónde fueron trasladados?:		
Nombre del Médico:		
Nombre	Naturaleza de las Lesiones	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:	Línea:	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 de Occidente, Sociedad Anónima, pudieran pedirme con respecto al siniestro o a la indemnización.

Hago constar que ninguno de los términos, condiciones y estipulaciones de la póliza ha 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 Seguros de Occidente, Sociedad Anónima, 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, en caso de incurrir en omisiones o inexactitudes, será en perjuicio del asegurado.

Guatemala, _____ de 20 _____

Firma del Asegurado