

DECLARACION 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 VEHICULO 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 comprometió 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"/> No <input type="checkbox"/>	

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 Tercero: _____

Nombre del Propietario: _____

Piloto: _____ Dirección: _____ Teléfono: _____

Marca Vehículo: _____ Línea: _____ Año: _____ Placas: _____ Chasis: _____

Daños Causados: _____

Lugar en que se encuentra el vehículo: _____

Otros daños a la propiedad ajena: _____

Tenia 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	Nat. Daños o Lesiones	Quirurg	Hospital	Muerte
_____	_____	()	()	()
_____	_____	()	()	()
_____	_____	()	()	()
_____	_____	()	()	()

SECCION 3 A B - LESIONES CORPORALES A OCUPANTES DEL VEHICULO 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: _____ Teléfono: _____

Nombre del dueño del Vehículo Culpable: _____ Teléfono: _____

Dirección: _____ Año: _____ Chasis: _____

VEHICULO CULPABLE: _____ Marca: _____ Modelo: _____ Póliza No.: _____

Placa No. _____ Cía Aseguradora: _____

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 mio, 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 autorizo 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, Policía s 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 e internacionales, así como 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 competencias.

Guatemala, _____ de _____ de 2,0_____

Firma del Asegurado

Firma del Tercero