



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 _____

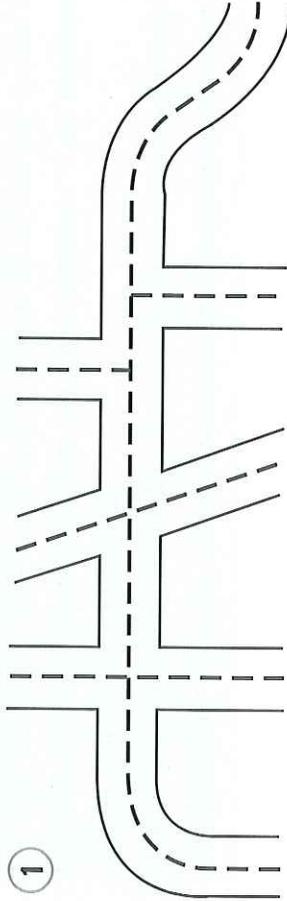
DETALLES DEL ACCIDENTE

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: _____

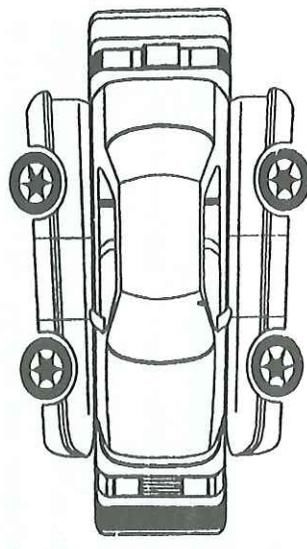
Testigos y sus direcciones: _____
¿Qué autoridad conoció el siniestro? _____ Comisaría: _____ A quién culpó: _____
¿A que juzgado se remitió? _____ No. de Oficio: _____
¿El tercero, se comprometió a pagarle algo? _____ ¿Cuanto? Q. _____
¿Tiene otros seguros sobre el mismo vehículo? _____ Compañía _____
¿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.



2



¿Tenía 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 Tercero:

Nombre del Propietario:

Piloto:

Dirección:
Teléfono:**DATOS DEL VEHICULO TERCERO**

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:

¿Tenía seguro el tercero?

Póliza No.

Cía. Aseguradora:

SECCION 2 B - LESIONES CORPORALES A TERCERAS PERSONAS

Nombre del médico:

Nombre del lesionado / fallecido:

Tipo de lesiones:

Causa de Muerte

Hospital

SECCION 3 AB - LESIONES CORPORALES A OCUPANTES DEL VEHICULO ASEGURADO

Nombre del médico:

Nombre del lesionado / fallecido:

Tipo de lesiones:

Causa de Muerte

Hospital

SI EL ACCIDENTE FUE PROVOCADO POR OTRA PERSONA

Nombre del conductor del vehículo culpable:

Dirección:

Teléfono:

Nombre del propietario del vehículo culpable:

Dirección:

Teléfono:

DATOS DEL VEHICULO CULPABLE						
Tipo	Marca - Linea	Año	Placa	Número de Chasis	Número de Motor	Tonelaje

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 Compañía de Seguros: _____ 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 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