



ASEGURADORA POPULAR, S.A.
 Tels.: 263-0700, Fax: 263-1246
 Email: aseposagral@telesal.net

**FORMULARIO PARA RECLAMACION DEL
 RAMO DE AUTOMOTORES**

ESPACIO RESERVADO PARA LA COMPAÑIA

Reclamo No. _____

Fecha de presentación _____

IMPORTANTE:

- 1) El Asegurado debe dar aviso escrito a la Compañía dentro de las 48 horas siguientes de haber ocurrido el evento. (Cláusula Novena de las Condiciones Generales de la Póliza)
- 2) La Compañía quedará desligada de sus obligaciones si no se le remite con oportunidad la documentación referente al siniestro. (Artículo No. 1376 del Código de Comercio)
- 3) La Compañía tendrá derecho a exigir al Asegurado todas las informaciones sobre los hechos relacionados con el siniestro, que permitan averiguar las circunstancias y consecuencias del mismo. (Artículo No. 1375 del Código de Comercio)

DATOS DEL ASEGURADO

Nombre: _____ Póliza No.: _____

Dirección: _____ Teléfono: _____

Nombre de su Agente o Corredor de Seguros: _____

DATOS DE LA UNIDAD ASEGURADA

Carro Pick-Up Camión Motocicleta Otro _____
Especifique

No. Insc. _____ Marca: _____ Modelo: _____ Año: _____

Placa No. _____ Motor No. _____ Chasis Grab. No. _____

Chasis Vin. No. _____ Serie: _____ Color _____

¿Para qué se estaba usando en el momento del accidente?: _____

DATOS DEL CONDUCTOR

Nombre del motorista de la unidad asegurada en el momento del accidente: _____

Edad: _____ Fecha de nacimiento: _____ Licencia de conducir No.: _____

Clase de licencia: _____ Fecha de vencimiento: _____ Teléfono: _____

Dirección: _____

Si manejaba otra persona que no sea el Asegurado, indique quién la autorizó: _____

¿Que relación tiene con el Asegurado? _____

DATOS DEL EVENTO

Tipo de evento:

Accidente Robo/Hurto HTA Otro _____
Especifique

Fecha en que ocurrió el evento: _____ Hora: _____ Lugar donde ocurrió el evento: _____

¿En que lado de la calle? _____ ¿Tenía las luces encendidas? Si No

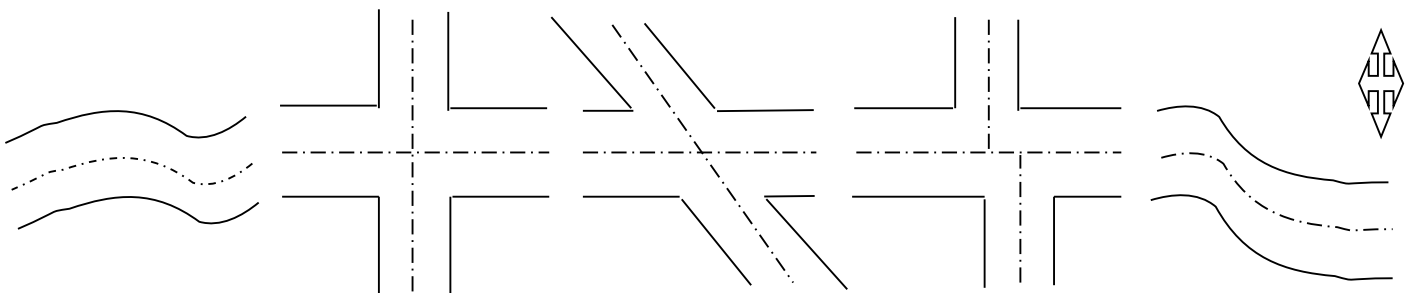
En caso de colisión con otro vehículo, ¿En que dirección iba el otro vehículo? _____

¿En que lado de la calle? _____ ¿Fue usted responsable del accidente? _____

¿Tomó nota la Policía? _____ ¿Quién fue culpable según el parte de Policía? _____

¿Quién manejaba el otro vehículo? _____

Describa como ocurrió el evento y haga un diseño a continuación, poniendo lo que usted crea que ayudará a que se comprenda con facilidad la causa que produjo dicho evento:



DATOS DE LOS TESTIGOS

¿Hay testigos sobre la ocurrencia del evento? Si No

En caso de respuesta afirmativa, conteste lo siguiente:

¿Dónde estaban los testigos cuando ocurrió el evento?

Nombre y Direcciones:	Teléfono No.:
* _____	_____
* _____	_____
* _____	_____

DAÑOS OCACIONADOS EN:

Vehículo Asegurado <input type="checkbox"/>	Vehículo de tercero <input type="checkbox"/>	Otros bienes <input type="checkbox"/>	_____ Especifique
Personas: <input type="checkbox"/>	_____ Nombre		

DAÑOS AL AUTOMOVIL ASEGURADO

Descripción de los daños: _____

El vehículo se encuentra en: El taller _____ Nombre

Circulando Otros _____ Especifique Dirección: _____

_____ Teléfono: _____

DAÑOS A LA PROPIEDAD DE OTROS (si es culpable según el parte de Policía)

Nombre del propietario: _____ Ocupación: _____

Dirección: _____ Teléfono: _____

Si es automóvil: Marca: _____ Modelo: _____ Placa No. _____

Descripción de los daños: _____

El vehículo se encuentra en: El taller _____ Nombre

Circulando Otros _____ Especifique Dirección: _____

_____ Teléfono: _____

(Si además se produjeron otros daños a la propiedad de otras personas, dé los datos en hoja aparte)

DAÑOS A PERSONAS

Tipo de daños:

Lesiones: Fallecimiento: Otros _____ Especifique

Nombre de la persona: _____ Ocupación: _____

Dirección: _____ Teléfono: _____

Describa los daños físicos causados: _____

¿Qué relación tiene con el Asegurado? _____

¿Dónde fue llevado después del accidente? _____

Nombre del Doctor que le atiende: _____ Teléfono: _____

Dirección: _____

¿En que lugar estaba la persona lesionada cuando se produjo el accidente? _____

Información adicional que usted considere importante: _____

(Si hay más de un lesionado, deben darse los datos en relación con cada uno de ellos, por separado en una hoja aparte)

NOMBRE Y FIRMA DEL ASEGURADO - (PONER SELLO SI ES EMPRESA)

DEPARTAMENTO DE RECLAMOS (ESPACIO RESERVADO)

F. _____ Nombre _____	FECHA		
	Día	Mes	Año

******* DOCUMENTOS QUE DEBEN PRESENTARSE CON ESTE FORMULARIO: *******

- 1) Fotocopia de la tarjeta de circulación del vehículo asegurado y de la Licencia del conductor al momento del accidente.
- 2) Copia certificada del parte de la Policía o de la autoridad competente, para atender los **Daños a Terceros**
- 3) En caso de robo, presentar copia certificada de la denuncia hecha a la Policía.