



Tel: 2245-6900

Correo electrónico: info@protegeseguros.com.sv

Sitio web: www.protegeseguros.com.sv

FORMULARIO DE RECLAMOS AUTOMOTORES

ESPACIO RESERVADO PARA LA COMPAÑÍA

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?: _____

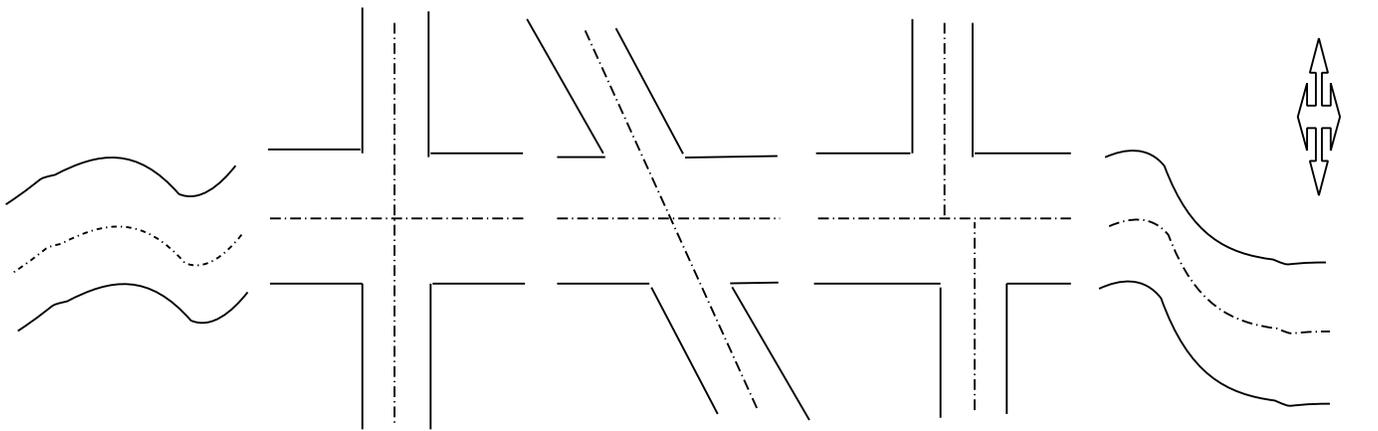
DATOS DEL CONDUCTOR

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: _____ ¿Qué 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 qué lado de la calle? _____ ¿Tenía las luces encendidas? Si No
 En caso de colisión con otro vehículo, ¿En qué dirección iba el otro vehículo? _____
 ¿En qué 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 OCASIONADOS EN:

Vehículo Asegurado Vehículo de tercero Otros bienes _____
 Especifique _____
 Personas: _____
 Nombre _____

DAÑOS AL AUTOMOVIL ASEGURADO

Descripción de los daños: _____

 El vehículo se encuentra en: El taller _____
 Circulando Otros _____
 Especifique _____ Nombre _____ Dirección: _____
 Teléfono: _____

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

Nombre del propietario: _____ Ocupación: _____
 Dirección: _____
 Si es automóvil: Marca: _____ Modelo: _____ Placa No. _____
 Descripción de los daños: _____

 El vehículo se encuentra en: El taller _____
 Circulando Otros _____
 Especifique _____ Nombre _____ 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: Fallecimiento: Otros _____
 Especifique _____
 Nombre de la persona: _____ Ocupación: _____
 Dirección: _____ Teléfono: _____

Lesiones, 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 qué 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 _____ Sello _____

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.