

DECLARACIÓN 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 VEHÍCULO 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"/> | | | |

SECCIÓN 1 AB - DAÑOS AL VEHÍCULO ASEGURADO

Daños sufridos por el vehículo asegurado como resultado directo del accidente: _____

SECCIÓN 2 A - DAÑOS MATERIALES A LA PROPIEDAD AJENA

Nombre del Tercero: _____
 Nombre del Propietario: _____
 Piloto: _____ Dirección: _____ Teléfono: _____
 Marca Vehículo: _____ Línea: _____ Año: _____ Placas: _____ Chassis: _____
 Daños Causados: _____
 Lugar en que se encuentra el vehículo: _____
 Otros daños a la propiedad ajena: _____
 Tenía seguro el tercero: _____ Póliza No.: _____ Cía. Aseguradora: _____

SECCIÓN 2 B - LESIONES CORPORALES A TERCERAS PERSONAS

Si hubo terceros lesionados ¿A dónde fueron trasladados?

| | | Nombre del Médico: | | |
|--------|-----------------------|--------------------|----------|--------|
| Nombre | Nat. Daños o Lesiones | Quirúrg | Hospital | Muerte |
| _____ | _____ | () | () | () |
| _____ | _____ | () | () | () |
| _____ | _____ | () | () | () |
| _____ | _____ | () | () | () |

SECCIÓN 3 A B - LESIONES CORPORALES A OCUPANTES DEL VEHÍCULO ASEGURADO

Si hubo lesionados en el vehículo asegurado ¿A dónde fueron trasladados?

| | | Nombre del Médico: | | |
|--------|-----------------------|--------------------|----------|--------|
| Nombre | Nat. Daños o Lesiones | Quirúrg | Hospital | Muerte |
| _____ | _____ | () | () | () |
| _____ | _____ | () | () | () |
| _____ | _____ | () | () | () |
| _____ | _____ | () | () | () |

SI EL ACCIDENTE FUE PROVOCADO POR OTRA PERSONA

Nombre del Conductor del vehículo Culpable: _____
 Dirección: _____
 Nombre del dueño del Vehículo Culpable: _____ Teléfono: _____
 Dirección: _____ Teléfono: _____
 VEHÍCULO CULPABLE: Marca: _____ Modelo: _____ Año: _____ Chassis: _____
 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 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 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 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 autorizó 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, Policías 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 o internacionales, así como entidades aseguradoras o reaseguradoras nacionales e internacionales, a discreción de las entidades relacionadas en este párrafo, todas 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 competencia.

Guatemala, _____ de _____ de 20 _____

F-108 _____
 Firma de Tercero

_____ Firma de Asegurado