

N° siniestro	
Liquidador	
Taller	

Datos generales

Póliza		Item		Siniestro día	
--------	--	------	--	---------------	--

Antecedentes del Asegurado

Nombre Completo				R.U.T	
Dirección			Comuna		
Contacto				R.U.T	
Teléfono		Celular		e-mail	

Antecedentes del Conductor

Nombre				R.U.T	
Dirección			teléfono		
Comuna			Celular		
N° Licencia de Conducir (RUT)			Ciudad		
Vigencia de Licencia de conducir		Clase		EDAD	

Marca		Modelo			
Año		Patente		N° de Motor	

Antecedentes del Siniestro

Dirección de ocurrencia				Comuna	
Ciudad		Hora Ocurrencia			

Relato de los hechos

Lugar de Inspección: (Dónde se encuentra el vehículo)	
---	--

Daños al vehículo

(elija la opción)

Tipo de Daños		1.- Daños materiales 2.- Robo del vehículo	3.- Robo de accesorios 4.- Robo de partes o piezas
Partes afectadas		1.- Delantera 2.- Trasera	3.- Costado izquierdo 4.- Costado derecho
Magnitud de Daños		1.-leves, 2.- medianos, 3.- graves	estimación \$

Antecedentes del Tercero FAVOR INDICAR "SI o NO"

Existe tercero		Reclama		Con Cía de Seguro	
¿En que compañía?					
3° Culpable		Daño del 3°		1.-leves, 2.- medianos, 3.- graves	

Identificación del Tercero

(en caso de existir más de un tercero, identificarlos en hoja anexa a todos ellos)

Nombre Completo				R.U.T	
Dirección			Comuna		
Teléfono		Celular		e-mail	
Marca Vehíc.		Modelo		Patente	

Antecedentes Legales

(constancia o denuncia policial es obligatoria inmediatamente de ocurrido el siniestro)

Comisaría		Folio / Párrafo		Fecha	
Juzgado		Fecha Citación		Alcoholemia "Si o No"	

ADJUNTAR: LICENCIA DEL CONDUCTOR ASEG/ PADRON DEL VEHICULO ASEG. / DENUNCIA o PARTE SI HUBIERE

Esta denuncia debe ser presentada dentro de 10 días de ocurrido el accidente, de corrido el accidente, EXCEPTO EN CASO DE ROBO TOTAL DEL VEHICULO, que debe ser denunciado en forma inmediata a la Compañía.

Declaro bajo juramento que los datos entregados y hechos son verdicos dando cumplimiento a lo dispuesto en el Artículo 168 de la ley del transito en lo relativo a hacer efectivo el seguro de daños. _____ Conductor	_____ Firma del
---	--------------------

Firma del Representante del Asegurado	
Nombre	
Rut.	