

Siniestro N°

Indique sólo los daños ocasionados por el accidente reportado.
Todos los datos deben ser completados.

Datos del Asegurado y Vehículo

Ramo: _____	Póliza N°: _____	Situación: _____	Certificado N°: _____
Asegurado: _____	C.I. / R.I.F. N°: _____		
Estado Civil: _____	Ocupación actual: _____		
Agente: _____	Dirección: _____		
Teléfonos: _____		E-mail: _____	Fax: _____
Marca y Modelo del Vehículo: _____			Color: _____
Año: _____	Placa: _____	S/Carrocería: _____	

Datos del Siniestro

Nombre del Conductor: _____	C.I.N°: _____		
Sexo: <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M	Edad: _____	Estado Civil: _____	Dirección: _____
Teléfonos: _____	Fax: _____	Relación con el Asegurado: _____	
Fecha de Ocurrencia: _____	Hora: _____	¿Actuó Tránsito Terrestre?: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
Lugar de Ocurrencia: _____	¿A qué velocidad conducía el vehículo?: _____ Km/h		
Fecha de Denuncia (Robo): _____	Detalle del Accidente: _____		

Daños Causados al Vehículo Asegurado

Taller donde será reparado el Vehículo: _____

Daños a Terceros

¿Se causaron daños a terceros?: Sí No ¿Causó su vehículo algún lesionado?: Sí No

Declaro(amos) que toda la información suministrada por mí (nosotros) a **Estar Seguros, S.A.**, es verídica hasta donde es dado saber. Asimismo, a los fines de su resguardo y custodia, autorizo(amos) el traslado del vehículo a su Centro de Acopio en caso de que se declare la Pérdida Total.

En _____ a los _____ días del mes de _____ de 20 _____

Firma del Conductor

Firma del Asegurado