

Tomador: _____ Póliza No.: _____

DATOS DEL ASEGURADO

Nombres:		Apellidos:			
Cédula, Pasaporte o I			Ocupación:		
Nombre de la Empresa:			Contratante:		
Fecha de Nacimiento		Sexo <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M		Estado Civil:	
Dirección:	Calle:				
	Apto.	Sector:		Provincia/Ciudad:	
Teléfonos:	Hogar:	Trabajo:	Celular:	Fax:	E-Mail

DATOS DEL CONDUCTOR

Nombres:		Apellidos:			
Cédula, Pasaporte o I			Ocupación:		
Nombre de la Empresa:			Contratante:		
Fecha de Nacimiento		Sexo <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M		Estado Civil:	
Dirección:	Calle:				
	Apto.	Sector:		Provincia/Ciudad:	
Teléfonos:	Hogar:	Trabajo:	Celular:	Fax:	E-Mail
Tipo de Conductor: <input type="checkbox"/> Propietario <input type="checkbox"/> Cónyuge <input type="checkbox"/> Hijo <input type="checkbox"/> Chofer <input type="checkbox"/> Otros					

DATOS DEL VEHICULO

Marca	Modelo	Submodelo	Tipo:
Placa	Chasis	Combustible	Año:
Valor	Uso		Color:

DATOS DEL SINIESTRO

Fecha de Ocurrencia:	Fecha de Notificación:
Lugar de Ocurrencia:	Hora:
Ocurrió esto dentro de un estacionamiento <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/>	

Narre como ocurrieron los hechos

Lugar donde se encuentra el vehículo

Causas del Siniestro	<input type="checkbox"/> Robo	<input type="checkbox"/> Hurto	<input type="checkbox"/> Incendio	<input type="checkbox"/> Colisión	<input type="checkbox"/> Choque	<input type="checkbox"/> Daños Malicioso
	<input type="checkbox"/> Rotura de Cristales	<input type="checkbox"/> Choque Estacionado	<input type="checkbox"/> Choque con Objetos	<input type="checkbox"/> Robo de Accesorios	<input type="checkbox"/> Otros	

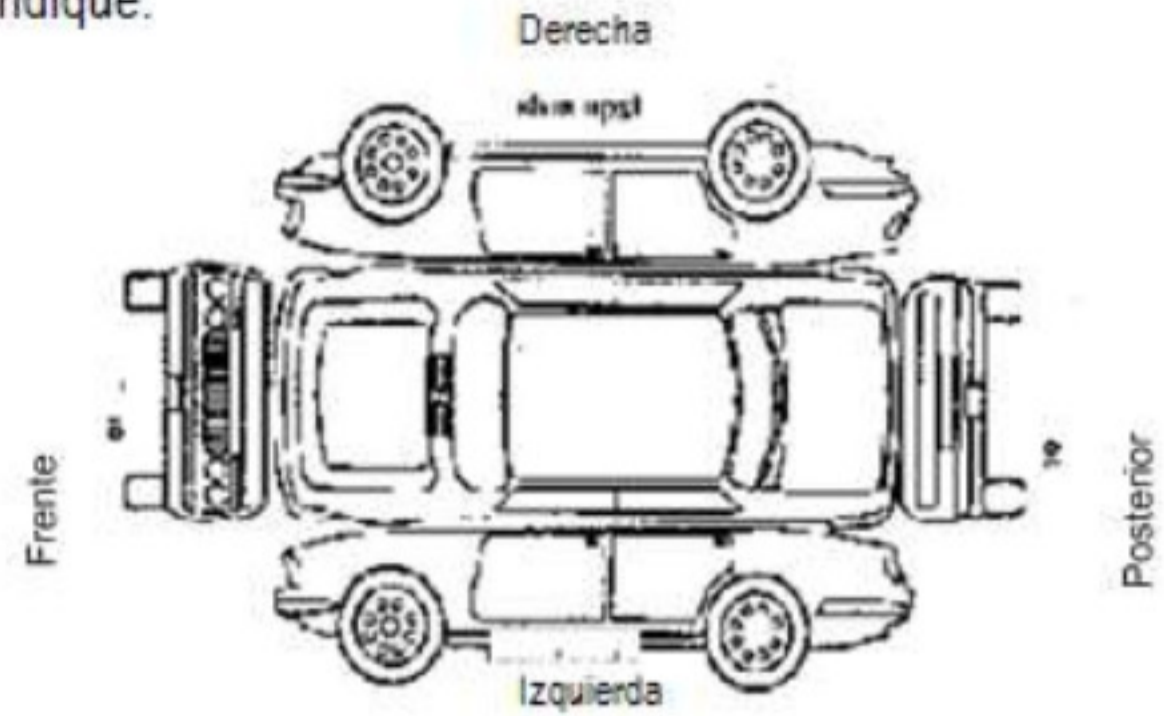
A qué velocidad iba el vehículo Si

DAÑOS

Daños del Vehículo Asegurado

Taller Seleccionado:

Indique:

**A TERCEROS**

Nombres:		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		Apellidos:	
Cédula, Pasaporte o l			Ocupación:		
Esta Asegurado?			Póliza No.:		
Nombre de la Empresa del Segu					
Dirección:		Calle:		Sector:	
		Apto.		Provincia/Ciudad:	
Teléfonos:	Hogar:	Trabajo:	Celular:	Fax:	E-Mail

CAUSADOS A

Daños Causados a:						<input type="checkbox"/> Vehículo	<input type="checkbox"/> Personas
Marca	Modelo		Submodelo		Tipo:		
Placa	Chasis		Combustible		Año:		
Valor	Uso				Color:		
Nombres:			Apellidos:				
Cédula, Pasaporte o l			Ocupación:				
Teléfonos:	Hogar:	Trabajo:	Celular:	Fax:	E-Mail		
Hubo Lesiones o Fallecido		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hubo Testigos?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Especifique							
Observaciones:							

DOCUMENTOS REQUERIDOS PARA LA APERTURA O DECLARACION DEL SINIESTRO

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Acta Policial Original Certificado | <input type="checkbox"/> Copia de la Cédula o Pasaporte |
| <input type="checkbox"/> Copia de Cédula del Conductor | <input type="checkbox"/> Copia de la Matricula del Vehículo |
| <input type="checkbox"/> Copia de Licencia de Conducir del Coductor | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Copia de Licencia de Conducir del | |

DATOS COMERCIALES:

Con la firma de la presente, declaro formalmente que todas las afirmaciones y datos que he consignado al llenar este formulario responden íntegramente a la verdad, sin aumentar, disminuir o

En caso de que el vehículo resulte pérdida total, autorizo suficientemene a Seguros Crecer, S.R.L. Para trasladar la unidad asegurada hasta donde lo i

**FIRMA DEL
 DECLARANTE**

LUGAR Y FECHA

FIRMA DEL TOMADOR