

I. DATOS DE LA POLIZA

Contratante:	Póliza Número:	Certificado N°:
--------------	----------------	-----------------

II. DATOS DEL ASEGURADO

Apellidos y Nombres:		RUC o Cédula:	Licencia Número:
Edad:	Tlf.: Residencia:	Tlf. Oficina:	Tlf. Cel.:
Dirección de Correo (E-mail)			

III. DATOS DEL CONDUCTOR

Apellidos y Nombres:		RUC o Cédula:	Licencia Número:
Edad:	Tlf.: Residencia / Cel:	Tlf. Oficina:	Sexo: M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>
Dirección de Correo (E-mail)			

IV. DATOS DEL VEHICULO

Marca:	Modelo:	Año:	Matrícula	Color:	Número de Chasis:	Número de Motor:
--------	---------	------	-----------	--------	-------------------	------------------

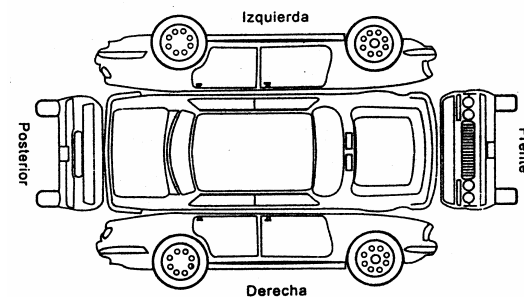
V. DETALLES DEL SINIESTRO

Fecha de Ocurrencia: / /	Lugar:	Hora:
Provincia:	Distrito:	Manejado por: Propietario <input type="checkbox"/> Cónyuge <input type="checkbox"/> Hijo <input type="checkbox"/> Chofer <input type="checkbox"/> Otro: _____
Causa del Siniestro: : Incendio <input type="checkbox"/> Rotura de Vidrios <input type="checkbox"/> Colisión <input type="checkbox"/> Daños Maliciosos <input type="checkbox"/>		A que velocidad iba:
Vehículo Estacionado <input type="checkbox"/> OTROS:		

Descripción del Siniestro:

Intervino la Autoridad: Si No En caso de ser negativo explique:

VI. DAÑOS PROPIOS

Describa partes dañadas:		
Vehículo rueda: Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Indique taller:	Teléfono:

VII. DAÑOS A TERCEROS

Nombres y Apellidos:		RUC o Cédula:	Sexo: M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	Edad:
Dirección de Residencia:				
		Teléfonos:	Dirección de Correo (E-mail)	
¿Esta Asegurado? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Nombre de la Empresa de Seguro:		Póliza número	

VIII. DAÑOS CAUSADOS A:

<input type="checkbox"/> Vehículo	Marca	Modelo	Año	Matrícula	Número de Chasis	Número de Motor
<input type="checkbox"/> Personas	Nombre y Apellido			Cédula	Teléfonos:	

Lugar de traslado de los lesionados:

Hubo lesionados Fallecidos: Si No ¿Hubo testigos? Si No En caso de haber testigos, indique en la siguiente tabla.

Nombre y Apellido	Cédula	Teléfonos

Otras propiedades dañadas:

VI. DECLARACION

Acepto que cualquier información falsa, errónea e inexacta, brinda en este Formulario, puede ser causal de rechazo de cualquier reclamo hecho sobre este seguro, sin responsabilidad alguna para La Compañía.

En la ciudad de _____ a los _____ del mes de _____ de _____

Firma del Conductor

Firma del Contratante

BOLETA DE TRANSITO

Fecha de Citación: / /	Hora:	Lugar:
---------------------------	-------	--------