

**AVISO DE SINIESTRO Nº \_\_\_\_\_**

Fecha del siniestro:				Fecha del aviso :			
	Día	Mes	Año		Día	Mes	Año
Causa del Siniestro:							

Nombre del Propietario:	Teléfonos:		
	Residencia	Oficina	Celular
Nombre del Asegurado:	Residencia	Oficina	Celular
	Poliza :	Certificado :	
Dirección:	Dirección electrónica:		

DESCRIPCION DEL VEHICULO	
Marca:	Nº de Placa:
Modelo:	Nº de motor:
Año:	Nº. De chasis:
Color:	Uso del vehículo:

CONDUCTOR				Teléfonos:		
Nombre:				Residencia	Oficina	Celular
Fecha de Nacimiento:			Relación con el Propietario	Dirección electrónica:		
Día	Mes	Año				
Licencia de Conducir:				¿Estaba autorizado por el propietario?		
Número		Clase	Fecha de Vencimiento	SI	NO	
Documento único de identidad número:						

TESTIGOS DEL SINIESTRO - Ocupantes del vehículo asegurado		
Nombre	Dirección	Teléfono

TESTIGOS DEL SINIESTRO - Presenciales		
Nombre	Dirección	Teléfono

Reclamos - Automotores

Expediente No. \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

Nombre del Asegurado: \_\_\_\_\_

Vehículo Marca: \_\_\_\_\_ Modelo: \_\_\_\_\_ Placa: \_\_\_\_\_

Nota: En caso de existir lesionados en el accidente, el Asegurado deberá retirar el Acta Policial en la Fiscalía General de la República de El Salvador y presentarlo a la Aseguradora. Para solicitar información sobre el estatus de la Solicitud de Indemnización, llamar al 2218-7900.

DESCRIPCION Y UBICACION DEL SINIESTRO:				
FECHA			HORA MILITAR	VELOCIDAD
DIA	MES	AÑO		

Descripción de cómo ocurrió el siniestro:

\_\_\_\_\_

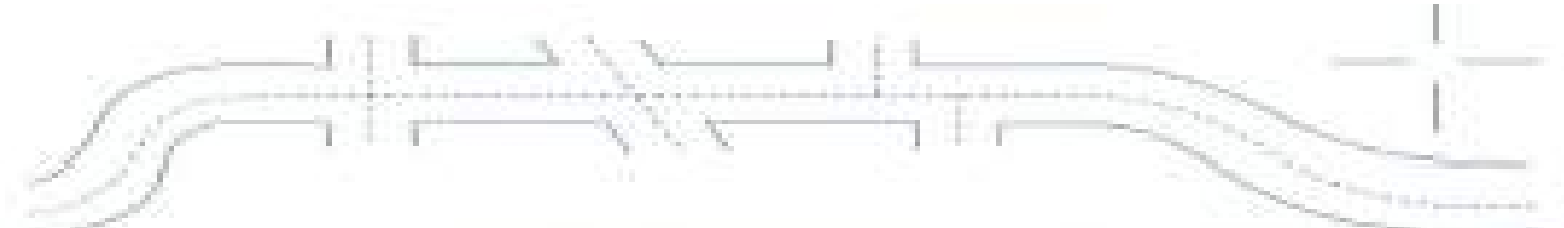
\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Lugar en el que ocurrió el siniestro:

Si necesita más espacio para la descripción, favor utilizar hojas adicionales.

Favor indicar en el siguiente croquis el rumbo o posición de su vehículo, así como del otro respecto al suyo:



**DESCRIPCION DE LOS DAÑOS**

Daños al vehículo asegurado a consecuencia del accidente:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Nombre de lesionados que iban en su vehículo y a que centro asistencial fueron llevados para su tratamiento:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Daños a Terceros materiales y/o personas:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**INFORMACION RESPONSABLE DEL EVENTO**

Nombre tercero responsable del evento: _____		DUI o Pasaporte: _____		
Asegurado en: _____	Poliza N°: _____	Tel. Residencia	Tel. Oficina	Tel. Celular
Dirección: _____				
Veh.Placa: _____	Marca: _____	Dirección electrónica: _____		
Modelo: _____	Año: _____			

Delegación a la que notificó el accidente o robo? \_\_\_\_\_

Código Inspección: \_\_\_\_\_ ONI: \_\_\_\_\_ Fecha de notificación: \_\_\_\_\_

**Autorizo a SEGUROS FEDECREDITO para que en mi nombre y representación retire la inspección de tránsito del accidente que fui participe como conductor del vehículo.**

Observaciones: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Declaro que la información proporcionada en este aviso es verídica y que me obligo a suministrar a la Aseguradora toda la información adicional que me solicite con respecto al siniestro o a la indemnización. Me comprometo a no aceptar responsabilidad sin el consentimiento previo y escrito de la Aseguradora, en los términos que señala la Cláusula Novena de las Condiciones Generales de la Póliza y hacerle saber cualquier notificación.**

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
FIRMA DEL ASEGURADO

\_\_\_\_\_  
FIRMA DEL CONDUCTOR DEL VEHICULO  
(al momento del accidente o del robo)