

**SECCIÓN 1AB - DAÑOS AL VEHÍCULO ASEGURADO**

Daños sufridos por el vehículo asegurado como resultado directo del accidente:

**SECCIÓN 2A - DAÑOS MATERIALES A LA PROPIEDAD AJENA**

Nombre del Tercero:

Nombre del Propietario:

Piloto:

Dirección:

Teléfono:

**DATOS DEL VEHÍCULO TERCERO**

Tipo	Marca-Línea	Color	Año	Placa	Número de Chasis	Número de Motor	Tonelaje

Lugar en que se encuentra el vehículo:

Otros daños a la propiedad ajena:

¿Tiene seguro?

Póliza No.:

Cía. Aseguradora:

**DAÑOS AL VEHÍCULO TERCERO**

Daños sufridos a vehículos terceros como resultado directo del accidente:

**SECCIÓN 2B - LESIONES CORPORALES A TERCERAS PERSONAS**

Nombre del médico:

Nombre del lesionado/fallecido	Tipo de lesiones	Causa de Muerte	Hospital

**SECCIÓN 3A-B LESIONES CORPORALES A OCUPANTES DEL VEHÍCULO ASEGURADO**

Nombre del médico:

Nombre del lesionado/fallecido	Tipo de lesiones	Causa de Muerte	Hospital

**SI EL ACCIDENTE FUE PROVOCADO POR OTRA PERSONA**

Nombre del propietario del vehículo culpable:

Dirección:

Teléfono:

Nombre del conductor del vehículo culpable:

Dirección:

Teléfono:

**DATOS DEL VEHÍCULO RESPONSABLE DEL SINIESTRO**

Tipo	Marca-Línea	Color	Año	Placa	Número de Chasis	Número de Motor	Tonelaje

Cía. Aseguradora:

Póliza No.:

NOTA: Protesto haber asentado fielmente todos los datos relativos al accidente y a mi reclamación y estar dispuesto a facilitar los informes que SEGUROS AGROMERCANTIL, pudiera pedirme con respecto al siniestro o a la indemnización. Hago constar que ninguno de los términos, condiciones y estipulaciones de la póliza han sido violados por cualquier acto mío, ni por acción de cualquier otra persona con mi consentimiento. Me comprometo a no aceptar ninguna responsabilidad sin el consentimiento por escrito de la Compañía y a enviar inmediatamente a SEGUROS AGROMERCANTIL, cualquier notificación o reclamo que reciba en relación con este siniestro. En caso de que el declarante no sea el asegurado, deberá demostrar fehacientemente que actúa en nombre del mismo y en caso de incurrir en omisiones o inexactitudes, será en perjuicio del asegurado.

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

Firma del Asegurado