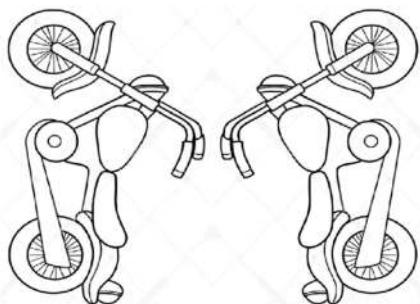


DECLARACIÓN DE SINIESTRO DE VEHÍCULOS TERRESTRES (Asegurado)

Número de Siniestro (solo para ser llenado por La Vitalicia)	Sucursal			
DATOS DE LA POLIZA DEL ASEGURADO				
Nombre del tomador / asegurado de la póliza		Número de Póliza		Certificado Póliza Nro.
Datos del Asegurado				
Nombres y apellidos/ Razón Social		Cédula de Identidad/Pasaporte		RIF
Datos del Conductor				
Nombres y Apellidos		Cedula de Identidad/Pasaporte		RIF
Fecha de Nacimiento	Edad	Parentesco con el Asegurado		
Número de Licencia		Grado de la Licencia		Vigencia de la Licencia
				Vigencia del Certificado Médico
Dirección de Habitación				
País	Estado	Municipio	Zona/ Localidad	Ciudad
Avenida <input type="checkbox"/> Calle <input type="checkbox"/> Transversal <input type="checkbox"/>		Casa <input type="checkbox"/> Edificio <input type="checkbox"/> Oficina <input type="checkbox"/>		Piso/Apto/Nivel
Teléfono Habitación		Teléfono Oficina		Teléfono Celular
				Correo electrónico
DATOS DEL VEHICULO				
Marca	Modelo	Año	Transmisión	
Placa	Color	Clase	Uso	
Tipo de Carrocería	Serial de Carrocería	Serial del Motor	Kilometraje	
DETALLES DEL SINIESTRO				
Tipo de Siniestro: Choque simple <input type="checkbox"/> Choque con lesionados / fallecidos <input type="checkbox"/> Robo <input type="checkbox"/> Hurto <input type="checkbox"/> Otros <input type="checkbox"/> Especifique				Fecha del Siniestro
Denuncia Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Especifique		Robo de Accesorios Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		Actuó Tránsito Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Motivo por el que no intervino Tránsito)
Lugar de Ocurrencia				Hora del Siniestro AM <input type="checkbox"/> PM <input type="checkbox"/>
DETALLE DEL SINIESTRO (por favor coloque una breve descripción del accidente)				

DECLARACIÓN DE SINIESTRO DE VEHÍCULOS TERRESTRES (Asegurado)

DAÑOS CAUSADOS AL VEHÍCULO Partes afectadas del Vehículo (por favor describa)



DAÑOS CAUSADOS AL VEHÍCULO Partes afectadas del Vehículo (por favor describa)

¿Se causaron daños a Terceros? Si No Por favor especifique :

¿Se causaron daños a la nación? Si No Por favor especifique:

¿Causó su vehículo algún lesionado o fallecido? Si No Por favor especifique:

DECLARACIÓN DE ASEGURADO

Declaro que la información suministrada al Asegurador es verdadera, completa y servirá de base para la verificación de la reclamación aquí solicitada. Este documento ha sido completado por mí, por lo que reconozco como ciertos y válidos todos los datos aquí aportados.

Firma del Asegurado	Firma del Intermediario	Aseguradora	Lugar y Fecha