

<b>8Número de Siniestro (solo para ser llenado por La Vitalicia)</b>				<b>Sucursal</b>	
<b>DATOS DE LA PÓLIZA DEL ASEGURADO</b>					
Nombre del tomador y/o asegurado de la póliza		Número de Póliza		Certificado Póliza Nro.	
Nombres y Apellidos/ Razón Social		Cedula de Identidad/Pasaporte		RIF	
<b>DATOS DEL TERCERO</b>					
Nombres y Apellidos		Cedula de Identidad/Pasaporte		RIF	
Fecha de Nacimiento		Nacionalidad	Edad	Número de Licencia	Grado de la Licencia
<b>Dirección de Habitación</b>					
País	Estado	Municipio	Zona/ Localidad	Ciudad	Código Postal
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	Condición de la vivienda: Casa <input type="checkbox"/> Edificio <input type="checkbox"/> Otra <input type="checkbox"/>	
Teléfono Habitación		Teléfono Oficina		Teléfono Celular	
<b>DATOS DEL PROPIETARIO DEL VEHICULO DEL TERCERO (DE SER OTRA PERSONA)</b>					
Nombres y Apellidos			Cedula de Identidad/Pasaporte		RIF
Edad	Parentesco con el Asegurado	Numero de Licencia	Grado de la Licencia	Vigencia de la Licencia	Vigencia del Certificado Medico
<b>Dirección de Habitación</b>					
País	Estado	Municipio	Zona/ Localidad	Ciudad	Código Postal
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	Condición de la vivienda: Casa <input type="checkbox"/> Edificio <input type="checkbox"/> Otra <input type="checkbox"/>	
Teléfono Habitación		Teléfono Oficina		Teléfono Celular	
<b>DATOS DEL CONDUCTOR DEL VEHICULO DEL TERCERO (DE SER OTRA PERSONA)</b>					
Nombres y Apellidos			Cedula de Identidad/Pasaporte		RIF
Edad	Parentesco con el Asegurado	Numero de Licencia	Grado de la Licencia	Vigencia de la Licencia	Vigencia del Certificado Medico
<b>Dirección de Habitación</b>					
País	Estado	Municipio	Zona/ Localidad	Ciudad	Código Postal
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	Condición de la vivienda: Casa <input type="checkbox"/> Edificio <input type="checkbox"/> Otra <input type="checkbox"/>	
Teléfono Habitación		Teléfono Oficina		Teléfono Celular	
<b>DATOS DEL VEHÍCULO TERCERO</b>					
Marca		Modelo		Año	
Placa		Color		Clase	
Tipo de Carrocería		Serial de Carrocería		Serial del Motor	
				Transmisión	
				Uso	
				Kilometraje	



## DECLARACIÓN DE SINIESTRO DE VEHÍCULOS TERRESTRES (Terceros)

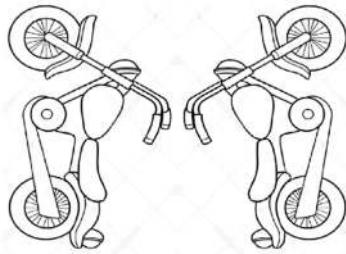
## DETALLES DEL SINIESTRO

Tipo de Siniestro: Choque simple  Choque con lesionador o fallecidos  Daños a objetos fijos  
 Otros Especifique

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)**

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



**Causó su vehículo algún Lesionado, Fallecidos o Daños a la Nación: Si  No  Por favor especifique**

## DECLARACIÓN DE TERCERO

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 Tercero	Firma del Intermediario	Aseguradora	Lugar y Fecha



## DECLARACIÓN DE SINIESTRO DE VEHÍCULOS TERRESTRES (Terceros)

--	--	--	--