



**SEGUROS FUTURO**

**Oficina Central:**

23ª Av. Norte y 23 Calle Poniente, No. 8, Colonia Layco San Salvador  
 PBX: (503) 2239-9400 - (503) 2522-2700  
 E-mail: informacion@segurosfuturo.net  
 www.segurosfuturo.net

**Agencia Sonsonate:**

Boulevard Las Palmeras Colonia  
 Rafael Campos Centro  
 Comercial El Arco local # 14  
 PBX: (503) 2420-7858

**Agencia San Miguel:**

8a. Calle Pte. No. 205, Bo.  
 San Francisco, San Miguel.  
 Tels.: (503) 2661-5242 • 2661-5243

**FORMULARIO PARA TRAMITAR DAÑOS A TERCEROS  
 SEGURO DE AUTOMOTORES**

**DECLARACION A SEGUROS FUTURO, AC DE RL POR RESPONSABILIDAD CIVIL**

Daños Materiales ( )	Lesiones a Personas ( )	Muerte Accidental ( )
Nombre del Asegurado: _____		Poliza: _____
Certificado: _____		
Nombre de la persona que conducía el vehículo asegurado:		S.A Respons Civil Personas: _____
S.A Respons Civil Daños: _____		

**CARACTERISTICAS DEL VEHICULO ASEGURADO SEGÚN TARJETA DE CIRCULACION**

Marca: _____	Año: _____	Modelo: _____	Placa No. _____
Version: Japonesa ( )	Americana ( )	Color: _____	Tipo: _____
Chasis No. _____	Motor No. _____	Otros _____	

**DATOS DEL TERCERO AFECTADO**

Nombre del Propietario _____	DUI _____		
Dirección _____	Tel _____		
Nombre del conductor _____	DUI _____		
Dirección _____			
Fecha Nac. _____	No. Licencia: _____	Vigencia: _____	Años de conducir: _____
El conductor es familiar? Si ( )	No ( )	El conductor es empleado? Si ( )	No ( )

**DATOS DEL SINIESTRO**

Dirección o lugar donde ocurrió el siniestro	Día: _____	Mes: _____	Año: _____	Hora: _____
--	------------	------------	------------	-------------

Describe claramente como ocurrió el accidente:  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

A su juicio ¿Quién considera que es el culpable?  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

Autoridad que realizó la inspección _____	Caso No. _____
---	----------------

**CARACTERISTICAS DEL VEHICULO AFECTADO SEGÚN TARJETA DE CIRCULACION**

Marca: _____	Año: _____	Modelo: _____	Placa No. _____
Version: Japonesa ( )	Americana ( )	Color: _____	Tipo: _____
Chasis No. _____	Motor No. _____	Otros _____	

**TESTIGOS**

Nombre	Dirección	Teléfono

**Describe los daños del vehículo**

Daños Sufridos: \_\_\_\_\_

Ubicación del vehículo: Taller ( )      Circulando ( )

Nombre del taller: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_      Teléfono: \_\_\_\_\_

OTRAS CLASES DE BIENES AFECTADOS	
Nombre del bien _____	DUI No. _____
Nombre del Propietario _____	Teléfono _____
Direccion de bien _____	
Descripción de los daños _____	

RESPONSABILIDAD CIVIL POR DAÑOS A TERCEROS EN SUS PERSONAS		
Nombre	Lesión	Lugar de Atención

Declaro bajo juramento, que todos los datos anteriores son verídicos, y autorizo a Seguros Futuro, A.C. de RL, para que en mi nombre pueda solicitar informacion a cualquier persona y/o autoridad, a fin de verificar su contenido, y manifiesto que me someto a cualquier proceso legal o penal que efectuare Seguros Futuro, A.C. de R.L., en caso de falsedad. En fe de lo cual firmo el presente, en San Salvador a los \_\_\_\_\_ días del mes de \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_   
 Firma Tercero

\_\_\_\_\_   
 Firma Asegurado