


**SEGUROS FUTURO**
**Oficina Central:**

 23ª Av. Norte y 23 Calle Poniente, No. 8, Colonia Layco San Salvador.  
 PBX: (503) 2239-9400/01 - (503) 2522-2700  
 E-mail: informacion@segurosfuturo.net / www.segurosfuturo.net

**Agencia Sonsonate:**

 6ª Avenida Norte, Barrio El Angel, Local 1 y 2,  
 Locales Comerciales Las Dalias, Sonsonate.  
 Tels.: (503) 2420-7856 • (503) 2420-7858

**Agencia San Miguel:**

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

**AVISO DE SINIESTRO DE AUTOMOTORES**

No.: \_\_\_\_\_

FECHA DEL SINIESTRO:				FECHA DEL AVISO:			
	Día	Mes	Año		Día	Mes	Año

DESCRIPCIÓN DEL VEHÍCULO	DATOS DEL CONDUCTOR
Marca:	Nombre:
Modelo:	F. Nacimiento: Edad:
Año:	No. Licencia:
Color:	Clase de Licencia:
No. de Placa:	F. Vencimiento:
No. de Motor:	Relación con el Asegurado:
No. de Chasis:	¿Estaba Autorizado por el asegurado? Sí NO
No. de Póliza	Teléfono del Conductor:
	No. DUI del Conductor:

Nombre del Asegurado:			
Dirección:			
Nombre Tarjeta de Circulación:		Teléfonos:	Residencia Oficina

**OTROS OCUPANTES DEL VEHÍCULO**

NOMBRE	PARENTESCO O RELACIÓN CON EL ASEGURADO	TELEFONO

**TESTIGOS DEL SINIESTRO - PRESENCIALES**

NOMBRE	PARENTESCO O RELACIÓN CON EL ASEGURADO	TELEFONO

**INFORME DEL USO DEL VEHÍCULO AL MOMENTO DEL SINIESTRO**

Clase de viaje que desarrollaba el vehículo al momento de ocurrir el evento:
¿Dónde se inició el viaje?:
¿Hacia dónde se dirigía?:

**AUTORIDAD QUE TOMÓ NOTA**

Nombre del agente:	
Número de Identificación del agente:	Opinión preliminar de la autoridad

**DESCRIPCIÓN Y UBICACIÓN DEL SINIESTRO**

FECHA			HORA	VELOCIDAD
DÍA	MES	AÑO		

Lugar donde ocurrió: \_\_\_\_\_

¿Cómo ocurrió? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

En caso de robo, detalle lo que ocurrió. 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:

**DESCRIPCIÓN DE LOS DAÑOS SUFRIDOS**

Daños al vehículo asegurado a consecuencia del accidente

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

¿Quiénes de los golpeados iban en su carro y a qué centro asistencial fueron llevados para su tratamiento?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Daños a terceros (materiales y/o personales)

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**INFORMACIÓN GENERAL**

Nombre del culpable del accidente: \_\_\_\_\_

¿Se notificó el accidente o el robo a las autoridades?	SÍ	NO	FECHA:
--	----	----	--------

¿A qué oficina o delegación? \_\_\_\_\_

¿Por qué NO se notificó? \_\_\_\_\_

Taller o dirección donde se llevarán, o donde se encuentran, los vehículos para presupuesto: \_\_\_\_\_

Vehículo Asegurado:	HARÁ USO DE PÓLIZA	SÍ	NO
Vehículo de Tercero:	HARÁ USO DE PÓLIZA	SÍ	NO

**OBSERVACIONES**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

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

En \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

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

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