

Formulario Reclamo Automotores

ASEGURADORA SUIZA SALVADOREÑA, S.A

Asesuisa

Para proceder con el reclamo, debes presentar la documentación completa y especificada en las condiciones generales de acuerdo al producto y al beneficio por el cual presentas reclamación. Completa el formulario con letra legible y en todos los campos requeridos.

DATOS DEL ASEGURADO

Nombre del asegurado:		Correo electrónico:
Dirección:		Teléfono Fijo:
Nombre del propietario del vehículo asegurado:		Teléfono Móvil:

DATOS DEL VEHÍCULO ASEGURADO

Placa	Marca:	Modelo:	Año:
Color:	N° chasis:	N° de motor:	

DESCRIPCIÓN DEL SINIESTRO

Fecha de accidente o robo:	Día / Mes / Año	Hora:	☐ a.m.	☐ p.m.
----------------------------	-----------------	-------	-------------------------------	-------------------------------

Dirección exacta del lugar dónde ocurrió:

Describe cómo ocurrió (si el espacio no es suficiente, agrega una hoja):

¿Ha ingerido bebidas alcohólicas?	☐ Sí ☐ No	Uso actual del vehículo:	☐ Renta ☐ Uber ☐ Particular ☐ Trabajo
-----------------------------------	---	--------------------------	---

DATOS DEL CONDUCTOR DEL VEHÍCULO ASEGURADO

Nombre de la persona que iba conduciendo:			Teléfono Conductor:
Licencia N°:	Clase:	Fecha de emisión:	Fecha de vencimiento:

¿La persona que iba conduciendo el vehículo era?			
Empleado	☐ Sí ☐ No	Cargo:	Familiar ☐ Sí ☐ No
		Parentesco:	

Dirección de residencia de la persona que conducía:

OCUPANTES DEL VEHÍCULO ASEGURADO

¿Cuántas personas viajaban en el vehículo? (favor especificar):	
Nombre:	Dirección:
Nombre:	Dirección:
Nombre:	Dirección:

INTERVENCIÓN DE LAS AUTORIDADES

¿Reportó el siniestro a las autoridades?	☐ Sí ☐ No	¿A qué autoridades hizo el reporte?
--	---	-------------------------------------

¿Qué compromiso se estableció por parte de la persona que resultó culpable del accidente?

¿A quién culpó la autoridad?	¿Se considera culpable?	☐ Sí ☐ No	¿Aceptó la culpabilidad el otro conductor?	☐ Sí ☐ No
------------------------------	-------------------------	---	--	---

TESTIGOS DEL SINIESTRO

Nombre:	Teléfono:	Dirección:
Nombre:	Teléfono:	Dirección:

ASEGURADORA SUIZA SALVADOREÑA, S.A

Torre Corporativa, Bambu City Center, Blvr. El Hipódromo y Av. Las Magnolias, Col. San Benito, San Salvador, El Salvador.
Cabina de Servicio *798 desde tu celular, escríbenos en WhatsApp o llámanos al (+503) 2298-8888.

asesuisa.com

DAÑOS AL VEHÍCULO ASEGURADO

Describe los daños sufridos por el accidente:

Tipo de daño inicial del vehículo: ☐ Leve ☐ Moderado ☐ Severo

¿En qué taller se puede ver el vehículo?

DESCRIPCIÓN DEL OTRO VEHÍCULO QUE INTERVINO EN EL ACCIDENTE

Nombre del propietario:	Correo electrónico:
Dirección de residencia:	Teléfono del propietario:
Nombre del conductor:	Teléfono del conductor:
Dirección de residencia:	

Placa:	Clase:	Marca:	Color:
--------	--------	--------	--------

¿El vehículo está asegurado? ☐ Sí ☐ No ¿Con cuál compañía?

RESPONSABILIDAD CIVIL POR DAÑOS A TERCEROS EN SUS BIENES

Describe los daños materiales sufridos por el otro vehículo o por otra clase de bienes:

RESPONSABILIDAD CIVIL POR DAÑOS A TERCEROS EN SUS PERSONAS

Nombre y dirección de personas que no se conducían en el vehículo asegurado y que sufrieron daños corporales:

Descripción de los daños corporales causados por el accidente:

¿Está hospitalizado? ☐ Sí ☐ No Nombre del centro hospitalario:

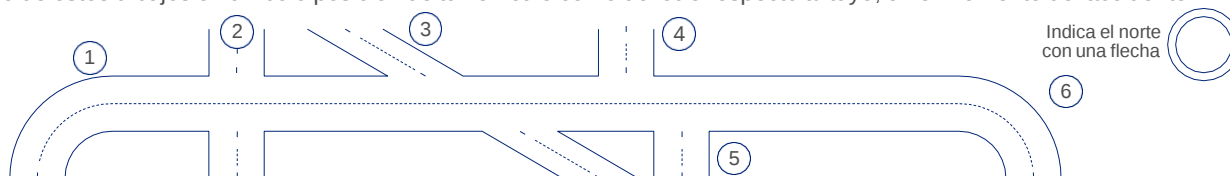
GASTOS MÉDICOS PARA LOS OCUPANTES DEL VEHÍCULO ASEGURADO

Nombre de los ocupantes del vehículo asegurado que resultaron lesionados y descripción de las lesiones:

¿Está hospitalizado alguno de los ocupantes? ☐ Sí ☐ No Nombre del centro hospitalario:

GRÁFICA DEL SINIESTRO

Indica en uno de estos dibujos el rumbo o posición de tu vehículo como del otro respecto al tuyo, en el momento del accidente:



FECHA DEL AVISO Y FIRMAS DE RESPONSABLES

Bajo gravedad de juramento declaro que los datos contenidos en este aviso de siniestro han sido examinados por el firmante y constituyen una verdadera y completa declaración de los hechos. Me obligo a suministrar a la compañía todos los informes que me solicite con respecto al siniestro o la indemnización y faculto a ésta para que en mi nombre pueda requerir información relativa a este reclamo ME COMPROMETO A NO ACEPTAR RESPONSABILIDAD SIN EL CONSENTIMIENTO PREVIO Y ESCRITO DE LA COMPAÑÍA.

Fecha (Día / Mes / Año)	Firma del asegurado y sello en caso de ser persona jurídica	Firma del conductor
-------------------------	---	---------------------

RECORDATORIOS

- Adjunta fotocopia de tarjeta de circulación y licencia del conductor.
- Ocurrido un siniestro debes comunicarlo de inmediato a la compañía y este formulario deberá presentarse dentro de las 48 horas siguientes.

USO EXCLUSIVO DE ASESUISA

Nombre de quien recibió el reclamo	Fecha (Día / Mes / Año)
------------------------------------	-------------------------

ASEGURADORA SUIZA SALVADOREÑA, S.A

Torre Corporativa, Bambu City Center, Blvr. El Hipódromo y Av. Las Magnolias, Col. San Benito, San Salvador, El Salvador.
Cabina de Servicio *798 desde tu celular, escríbenos en WhatsApp o llámanos al (+503) 2298-8888.