

# DENUNCIO DE SINIESTRO

TIPO DE SINIESTRO  Vehículos  Equipo Móvil  S.O.A.P.

## DATOS DEL DENUNCIANTE

RUT \_\_\_\_\_ Nombre \_\_\_\_\_  
Teléfono \_\_\_\_\_ Celular \_\_\_\_\_ E-mail \_\_\_\_\_

## CONTACTO DEL CLIENTE

Nombre \_\_\_\_\_  
Teléfono \_\_\_\_\_ Celular \_\_\_\_\_ E-mail \_\_\_\_\_

## ANTECEDENTES DEL ASEGURADO

Póliza N° \_\_\_\_\_ Endoso \_\_\_\_\_ Item \_\_\_\_\_ Corredor \_\_\_\_\_  
Nombre o Razón Social \_\_\_\_\_ R.U.T. \_\_\_\_\_  
Dirección \_\_\_\_\_ Comuna \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_

## ANTECEDENTES DEL CONDUCTOR

Nombre \_\_\_\_\_ R.U.T. \_\_\_\_\_  
Dirección \_\_\_\_\_ Comuna \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_  
Teléfono \_\_\_\_\_ Celular \_\_\_\_\_ E-mail \_\_\_\_\_ Sexo M/F \_\_\_\_ Edad \_\_\_\_\_

## ANTECEDENTES CONSTANCIA O DENUNCIA CARABINEROS

Comisaría \_\_\_\_\_ Fecha Denuncia / Constancia \_\_\_\_\_ N° Parte \_\_\_\_\_ N° Folio \_\_\_\_\_ N° Párrafo \_\_\_\_\_  
Citación SI  NO  Fecha Citación \_\_\_\_\_ N° Testigos \_\_\_\_\_ Nombre \_\_\_\_\_  
Juzgado \_\_\_\_\_ Rol o Causa \_\_\_\_\_

## ANTECEDENTES DEL SINIESTRO

Fecha del Siniestro \_\_\_\_\_ Hora \_\_\_\_\_ Velocidad al momento del Siniestro \_\_\_\_\_ K/h. Hubo Terceros SI  NO   
Lugar \_\_\_\_\_ Comuna \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_  
Alcoholemia SI  NO  N° Terceros \_\_\_\_\_ Identificados SI  NO  Señalización (Semáforo, Disco Pare, etc) SI  NO   
A quién afectaba \_\_\_\_\_

## VEHICULO ASEGURADO

TIPO DE VEHICULO	MARCA	MODELO	AÑO	N° MOTOR	CHASIS	PATENTE

## ANTECEDENTES DEL PRIMER TERCERO

Nombre \_\_\_\_\_ R.U.T. \_\_\_\_\_  
Dirección \_\_\_\_\_ Comuna \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_  
Teléfono \_\_\_\_\_ Culpable SI  NO  Tiene Cía. Aseguradora SI  NO  Nombre \_\_\_\_\_

TIPO DE VEHICULO	MARCA	MODELO	AÑO	N° MOTOR	CHASIS	PATENTE

## ANTECEDENTES DEL SEGUNDO TERCERO

Nombre \_\_\_\_\_ R.U.T. \_\_\_\_\_  
Dirección \_\_\_\_\_ Comuna \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_  
Teléfono \_\_\_\_\_ Culpable SI  NO  Tiene Cía. Aseguradora SI  NO  Nombre \_\_\_\_\_

TIPO DE VEHICULO	MARCA	MODELO	AÑO	N° MOTOR	CHASIS	PATENTE

## DESCRIPCION DEL SINIESTRO

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
Piezas Dañadas \_\_\_\_\_

## SINIESTRO S.O.A.P.

N° de Personas Lesionadas  N° de Personas Fallecidas

Declaro que lo expuesto es verídico y me obligo a otorgar a la Compañía o a quien ella indique, los antecedentes que fueran necesarios para la defensa, como igualmente concurrir a citaciones judiciales y otorgar poder cuando la Compañía de Seguros así lo exija. Declaro igualmente que no hay otros seguros S.O.A.P. comprometidos.

## LIQUIDADOR

SI  NO  Directo  Oficial

ORIGINAL: COMPAÑIA