



Declaración del Siniestro

 Av. Acueducto 4851 Int. 1.5, Zapopan, Jalisco, México C.P. 45116

 01800.999.0160

 claims@crabi.com

 crabi.com

FOLIO

VEHÍCULO A (ver póliza del seguro)

Fecha ocurrido

H. ocurrido

Fecha de atención

/

/

/

/

/

/

/

/

/

Lugar de ocurrido

Municipio

Edo.

Cd.

Nombre Cía.

No. Póliza

Inc.

No. Siniestro

No. de Reporte

Vigencia de

al

Cobertura

Cobranza

ASEGURADO(A)

Nombre(s)

Apellido paterno

Apellido materno

Tel.

CONDUCTOR (ver licencia de conducir)

Nombre(s)

Apellido paterno

Apellido materno

Edad

Tel.

Domicilio

Calle

Col.

Municipio

C.P.

Cd.

Edo.

E-mail

Licencia

No.

Edo.

Emisor

Tipo

Válida hasta

VEHÍCULO (ver poliza del seguro y/o tarjeta de circulación)

Marca

Tipo

Modelo

Color

Placas

Uso

Serie (NIV)

Declaro bajo protesta que los hechos asentados en mi declaración son verídicos y me obligo a facilitar todos los informes que me solicite la Aseguradora que me respresenta, así como a ejercer las acciones que sean necesaras respecto de cualquier derecho de cobro, en caso de responsabilidad de terceros. ME comprometo a no aceptar cualquier arreglo, convenio o transacción, sin contar con el consentimiento previo de la Aseguradora con la que tengo celebrado contrato, así como a enviárle de inmediato cualquier notificación o reclamación que reciba, relacionada con este siniestro. Manifiesto bajo protesta que se ha hecho de mi conocimiento el fundamento, motivo, fin y propósitos para los cuales se tratarám mis datos personales y sensibles, por lo que otorgo mi consentimiento para su tratamiento a laAseguradora con la que tengo celebrado contrato y a obtener la información que sea necesaria para dar cumplimiento a la relación jurídica celebrada. El tratamiento se registrá de acuerdo con el aviso de privacidad de dicha Aseguradora.

BREVE NARRACIÓN DEL ACCIDENTE

BREVE NARRACIÓN DEL ACCIDENTE

H. de arribo del ajustador

hh:mm

H. de término de la atención

hh:mm

Firma del conductor A

H. de arribo del ajustador

hh:mm

H. de término de la atención

hh:mm

Firma del conductor B

Indicar el punto de choque del vehículo con una flecha

Descripción de daños apreciables al vehículo A

CROQUIS DEL ACCIDENTE

Complementario de daños preexistentes del vehículo A

Indicar el punto de choque del vehículo con una flecha

Descripción de daños apreciables al vehículo B

Complementario de daños preexistentes del vehículo A

VEHÍCULO RESPONSABLE

A

B

Firma del Responsable

PROCEDE SIPAC

Si

No

EN ESPERA DE DICTAMEN

Si

No

AJUSTADOR

Nombre(s)

Apellido materno

Apellido paterno

Clave

AJUSTADOR

Nombre(s)

Apellido materno

Apellido paterno

Clave

Firma

Firma

ORIGINAL COMPAÑÍA AFECTADA

