

DECLARACIÓN RELATIVA AL ACCIDENTE

Fecha de Atención: Número de Siniestro: Número de Reporte:

DATOS DE LA PÓLIZA:

Número de Póliza:	Cobertura Afectada:	Fecha de Inicio:	De:	Fecha de Término:
		12:00 hrs.		
Estatus de la Póliza: Pagada ☐ Cancelada ☐ No presentó ☐ Pendiente ☐		Moneda:	Persona que verificó la información:	
Nombre del Asegurado:		Domicilio:	Teléfono:	

VIGENCIA DE LA PÓLIZA:

DATOS DEL ACCIDENTE:

Nombre del Conductor:		Domicilio:	Teléfono:	
Tipo y Número de Licencia:		Fecha de Expedición:	Lugar de Expedición:	Fecha de Nacimiento:
Fecha del Accidente:	Hora:	Lugar del Accidente (calle y entrecalles):		Colonia:
Delegación o Municipio:		Código Postal:	Zona del accidente: Casco urbano ☐ Carr. red. gral. ☐ Carr. peaje ☐	Sentido de circulación: Norte ☐ Sur ☐ Oriente ☐ Poniente ☐
Narración de los Hechos:				
Delegación o Municipio:				
Correo Electrónico:		Hora de llenado:		

DATOS DE LA MOTOCICLETA ASEGURADA:

AF. Marca:	Tipo:	Modelo:	Color:	Placas:	Número de Serie:	Número de Motor:
Calca Asegurado:		Descripción del Daño:				
		¿Abrir reserva? Si ☐ No ☐				
		Estimado de daños: \$				
Lugar donde se encontró el vehículo:		Cobertura:	Aplica deducible: Si ☐ No ☐	Importe del deducible: \$		

DAÑOS POR TERCEROS:

AF. Nombre del Propietario:	Nombre del Conductor:				
Domicilio:		Teléfono:		Correo Electrónico:	
Marca:	Tipo:	Modelo:	Color:	Placas:	
Tipo y No. de Licencia:		Fecha de Expedición:	Lugar de Expedición:	No. de Serie:	
No. de Póliza:		No. de Reporte:	Cobertura:	Vencimiento:	
		Ajustador (Tercero):			
Calca Tercero:		Descripción del Daño:			
Hospital Asignado:		Nombre del Lesionado:			
AF. Domicilio:	Teléfono:		Edad:		
Lesiones:			Tipo de Lesionado: Conductor ☐ Ocupante ☐		

Lugar, Fecha y Hora

Nombre y Firma del Reclamante

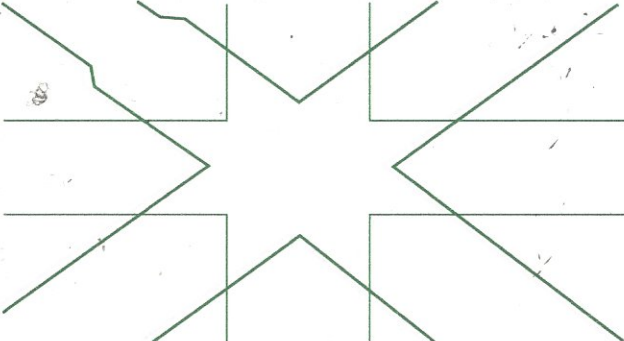
Protesto haber asentado fielmente todos los datos relativos a mi declaración, estar dispuesto a facilitar todos los informes que Seguros Azteca pudieran pedirme al respecto y tomar cualquier acción que sea necesaria para establecer la responsabilidad y derecho de recobro (en caso de responsabilidad de terceras personas). Me comprometo a no aceptar sin consentimiento por escrito de la Compañía y enviar inmediatamente a Seguros Azteca cualquier notificación o reclamación que reciba en relación con este siniestro.

DATOS DEL AJUSTE:

Nombre del Ajustador:		Hora Tomado:	Hora Pasado:	Hora Llegada:	Hora de Término:	Artículo Infringido:	Requiere Investigación: Si ☐ No ☐
Convenio G x G: Entregado ☐ Recibido ☐		Culpabilidad de N/A: Culpable ☐ Compartida ☐ Dudosa ☐ No culpable ☐					Solicitó grúa: Si ☐ No ☐
¿Inició Averiguación? Si ☐ No ☐	Número de Averiguación Previa:			Número de Parte de Accidente (PFP):			
Recuperación: Si ☐ No ☐ Probable ☐	Tipo de Recuperación: Efectivo ☐ Cheque ☐ T. de Crédito ☐ Obj. En Garantía ☐			Indique Objeto en Garantía y/o Importe Recuperado:			

CONCLUSIONES:

CROQUIS:

	 INDIQUE EL NORTE
---	---

Lugar y Fecha

Nombre y Firma del Ajustador

EXCLUSIVO PARA EL ASEGURADO:

Estimado Asegurado, agradecemos llenar la presente encuesta hasta que el servicio de nuestro ajustador haya concluido.

Hora de reporte:	El servicio del reporte telefónico fue: ☐ Excelente ☐ Bueno ☐ Deficiente	Motivo de su calificación:	Firma Asegurado:
Hora de llegada:			
Hora de término:	El servicio del ajustador fue: ☐ Excelente ☐ Bueno ☐ Deficiente	Motivo de su calificación:	