

SPT SOCIEDAD MUTUALISTA DE SEGUROS AV. VICENTE SEGURA NO. 4
PISO 3 COL. LOMAS DE SOTELO EDO. MEXICO

No. REPORTE

No. SINIESTRO

PRODUCTO:

PÓLIZA:

FECHA DE EXPEDICION:

ASEGURADO:

DESCRIPCION VEHÍCULO ASEGURADO

DATOS DEL ACCIDENTE

HORA ACCIDENTE:

DÍA ACCIDENTE:

COLONIA:

DELEGACIÓN:

LUGAR ACCIDENTE:

CÓMO OCURRIÓ EL ACCIDENTE:

Protesto haber acentado fielmente, todos los datos relativos al accidente de mi reclamacion y estar dispuesto a facilitar todos los informes que SPT Sociedad Mutualista de Seguros, pudiera pedirme al respecto y tomar cualquier acción que sea necesaria para establecer derechos de recobro en caso de responsabilidad a terceras personas. Hago constar que ninguno de los terminos, condiciones y estipulaciones de la poliza ha sido violado por cualquier acto míacute;o, ni por acción de cualquier otra persona con mi consentimiento. Me comprometo a no aceptar responsabilidad sin el consentimiento de la compañía y a enviar inmediatamente a la misma cualquier notificacion o reclamacion que se reciba con relación a este siniestro.

Nombre y Firma Conductor

Nombre y Firma Ajustador