

Código: SPN-F.GSA-67

Reclamo No. \_\_\_\_\_

Póliza No.

Nombre del Asegurado: \_\_\_\_\_

Dirección para envío de correspondencia: \_\_\_\_\_

Teléfono fijo: \_\_\_\_\_ Celular: \_\_\_\_\_ E-mail: \_\_\_\_\_

Dirección en donde ocurrió el siniestro: \_\_\_\_\_

Fecha del accidente:

Hora: \_\_\_\_\_

¿Utilizó el servicio de la asistencia? Si  No

Si su respuesta es NO ¿Por qué? \_\_\_\_\_

**DATOS DE LA BICICLETA ASEGURADA**

Marca: \_\_\_\_\_ Modelo: \_\_\_\_\_ Año: \_\_\_\_\_ Serie No.: \_\_\_\_\_

**DATOS DEL CONDUCTOR DE LA BICICLETA ASEGURADA**

Nombre de la persona que conducía la bicicleta en el momento de ocurrir el accidente: \_\_\_\_\_

¿Qué relación o parentesco tiene con el asegurado? \_\_\_\_\_

Número de identidad: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Dirección del conductor: \_\_\_\_\_

Teléfono fijo: \_\_\_\_\_ Celular: \_\_\_\_\_

**INFORMACION RELACIONADA CON EL ACCIDENTE**

¿A quién se atribuye la responsabilidad del Accidente? \_\_\_\_\_

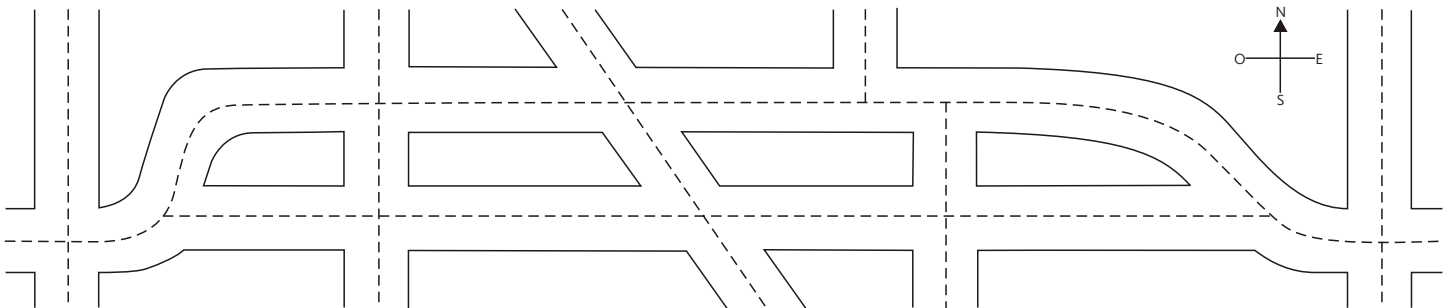
¿Qué autoridad tuvo conocimiento del accidente? \_\_\_\_\_

¿En dónde se encuentra la bicicleta asegurada? \_\_\_\_\_

Si la bicicleta fue detenida, indique ¿en dónde se encuentra y qué comisaría o juzgado conoce del caso?

Describa con pormenores el accidente y utilice el dibujo que aparece a continuación para mostrar gráficamente la posición de la bicicleta que usted conducía y el (los) otro (s) vehículos en caso de que hubiera (n), agregando todo lo que usted considere sea importante:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_



Descripción de los daños a la bicicleta asegurada:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**DATOS DE TESTIGOS (SI ESTÁ DISPONIBLE)**

Nombre del testigo	Dirección	Teléfono

**DATOS DEL CULPABLE**

Nombre de la persona que conducía el vehículo: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Teléfono fijo: \_\_\_\_\_ Celular: \_\_\_\_\_

Edad: \_\_\_\_\_ Licencia tipo: \_\_\_\_\_ Número: \_\_\_\_\_ Fecha de vencimiento: \_\_\_\_\_ Marca del vehículo: \_\_\_\_\_

Modelo: \_\_\_\_\_ Año: \_\_\_\_\_ Motor No.: \_\_\_\_\_ Chasis No.: \_\_\_\_\_ No. de Placa: \_\_\_\_\_

Nombre y dirección del propietario del vehículo: \_\_\_\_\_

¿Hay compromiso de pago firmado? Si  No 

OBSERVACIONES: \_\_\_\_\_

**DATOS DE EL (LOS) TERCERO(S) AFECTADO(S)**

<b>A. Daños a la propiedad ajena:</b>	<b>Item 1</b>	<b>Item 2</b>
Bien afectado		
Nombre del propietario		
Número telefónico fijo/móvil		
Dirección		
Características del bien afectado		
¿En qué lugar se encuentra el bien?		
Descripción del daño		
<b>B. Lesiones a personas:</b>		
Nombre de lesionados	Dirección	Teléfono
Tipo de lesiones:		

Si hubo hospitalización, indique en qué hospital(es):

Nombre: \_\_\_\_\_ Identidad: \_\_\_\_\_

Firma del asegurado: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_