ASPOR
ASEGURADORA • PORVENIR

FORMULARIO DENUNCIA DE SINIESTRO SOAP (LEY 18.490)

Uso interno Compañía

N° SINIESTRO	
LIQUIDADOR	

La información señalada con (*) corresponde a datos obligatorios a informar

I. DATOS DEL VEHICULO ASEGURADO			
N° póliza (*)		**Patente (*)**	
Tipo vehículo		**Marca / Modelo**	
Nombre propietario		**Rut**	
Domicilio		**Teléfono**	

II. DATOS DEL ACCIDENTE			
Fecha ocurrencia (*)		**Hora ocurrencia**	
Lugar ocurrencia			
Nombre conductor		**Rut**	
Tipo accidente	_Choque _Volcamiento _Atropello _Caída _Otros:		

III. ANTECEDENTES POLICIALES			
Parte N°		**Fecha**	
Comisaría		**Juzgado**	

IV. LESIONADOS		
Nombre	**Rut**	**Conductor/Ocupante/Peaton/Ciclista/Otros**

V. BREVE DESCRIPCION DE LOS HECHOS

VI. INDICAR SI EXISTEN OTROS VEHICULOS PARTICIPANTES:			
Vehículo		**Patente**	
Vehículo		**Patente**	

VII. DATOS CONTACTO DEL DENUNCIANTE			
Nombre		**Teléfono**	
Dirección		**E-mail**	

FECHA DENUNCIA	

FIRMA DEL DENUNCIANTE