



BENEFIT MULTINACIONAL R.C.V,C,A INSCRITA EN EL TOMO 269 - A REGISTRO MERCANTIL V N 24 RIF: J-408376210

**DECLARACION DE SINIESTRO
R.C.V.**

Fecha de Reclamo:	
Nº Siniestro	

DATOS DEL ASEGURADO

Nombre y Apellido		C.I./RIF
TELEFONOS	E-MAIL:	
N. Placa Vehículo	Año:	
MARCA	MODELO	COLOR

DATOS DEL TERCERO

Nombre y Apellido		C.I./RIF
Dirección de Habitación		
TELEFONOS:	E-MAIL:	
AÑO	MARCA	MODELO
COLOR		

DATOS DEL SINIESTRO

Fecha de Ocurrencia:	Hora:	Lugar de Ocurrencia:	
Intervino autoridad:	SI NO	Indique cuál:	Velocidad aproximada
Vehículo conducido por Propietario?	SI NO	De ser negativa su respuesta, indique lo siguiente	
Conductor presenta autorización?	SI NO	Nombre y Apellido	C.I
Datos sobre la licencia:	Grado:		Fecha Exp.:
Indique el lugar donde se encuentra el vehículo, especifique dirección y puntos de referencia			
Daños ocasionados al vehículo:			
Daños a cosas y/o bien afectado			
Hay lesionados?	SI NO	Nombre y Apellido	C.I:
Cuántos?	Número de Personas:	Nombre y Apellido	C.I:
Descripción detallada del siniestro:			

Yo, declaro que toda la información suministrada es integra, completa y precisa para el análisis del Siniestro

FIRMA DEL PROPIETARIO
VEHICULO AFECTADO

FIRMA DEL CONDUCTOR
VEHICULO AFECTADO

FIRMA DEL RECLAMANTE



CHACAO, CALLE LAS OLLAS EDIFICIO COSMO , PISO 12 OFICINA 12A
0424.2540682 / 0414.2177070 / 0424.1333018 // BENEFITMULTINACIONAL@GMAIL.COM





BENEFIT MULTINACIONAL R.C.V,C,A INSCRITA EN EL TOMO 269 - A REGISTRO MERCANTIL V N 24 RIF: J-408376210

BENEFIT MULTINACIONAL R.C.V, C.A.

PROTOCOLO DE SINIESTRO

QUE HACER EN CASO DE UN ACCIDENTE DE TRANSITO?

RECAUDOS A CONSIGNAR EN CASO DE ACCIDENTE DE TRANSITO

	CLIENTE	TERCERO
*Original y copia del expediente de transito		<input type="checkbox"/>
*Copia documentos del conductor (CEDULA-LICENCIA-CERTIFICADO MEDICO)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
*Copia del título y traspaso notariados (si el vehículo los posee)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
*Copia de la cedula del último propietario legal del vehículo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
*Copia del RIF del último propietario legal del vehículo		<input type="checkbox"/>
*Copia del contrato de R.C.V	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
*Copia del seguro todo riesgo(con carta de desistimiento)		<input type="checkbox"/>
*Cuatro fotos mínimo de distinto ángulo		<input type="checkbox"/>
*Llenar planilla de declaración de siniestro	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

REQUISITOS APOV

- *Originales de las facturas de los gastos médicos que cumplan con la normativa vigente **SENIAT** a nombre de la persona afectada o conyugue y/o parientes hasta el tercer grado de consanguinidad con copia del documento que demuestre el vinculo
- *Copia de la cédula y RIF de la persona(s) Afectada(s)
- *Informe médico original

GASTOS MEDICOS

INDEMNIZACION POR INVALIDEZ

Original y copia del informe médico (donde se dictamina la invalidez)

Copia de la cedula y Rif de la persona afectada

