

# DECLARACIÓN JURADA SIMPLE DE SINIESTRO

FOLIO 00-0002324

<b>1 FECHA DEL ACCIDENTE</b> ____/____/____	<b>HORA</b> ____:____	<b>2 LUGAR DEL ACCIDENTE</b> (Calle, Intersección, N°, Comuna)	<b>3 ¿LESIONADOS? (INCLUSO LEVES)</b> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
<b>4 ¿DAÑOS MATERIALES?</b> Vehículos distintos de A y B <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>   Objetos distintos al vehículo <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		<b>5 ¿CONCURRIÓ CARABINEROS?</b> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	<b>6 ¿SE TOMÓ ALCOHOLEMIA?</b> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
			<b>7 N° DE VEHÍCULOS INVOLUCRADOS</b>

**VEHÍCULO A**

**8 CONDUCTOR**

Nombre \_\_\_\_\_

Apellidos \_\_\_\_\_

RUT \_\_\_\_\_

Edad \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_

Comuna \_\_\_\_\_

Mail \_\_\_\_\_

Teléfono \_\_\_\_\_

**9 VEHÍCULO**

Marca \_\_\_\_\_

Modelo \_\_\_\_\_

Patente \_\_\_\_\_

Año \_\_\_\_\_

N° Motor \_\_\_\_\_

Aseguradora \_\_\_\_\_

**10 INDICAR EL PUNTO DE CHOQUE INICIAL CON UNA FLECHA**

**11 DAÑOS APRECIADOS DEL VEHÍCULO A**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**12 COMENTARIOS**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**13 CIRCUNSTANCIAS**

Poner una X en cada casilla que proceda (tache las circunstancias no válidas)

<b>A</b>		<b>B</b>
1 <input type="checkbox"/>	Estaba estacionado /detenido	1 <input type="checkbox"/>
2 <input type="checkbox"/>	Salía de un estacionamiento	2 <input type="checkbox"/>
3 <input type="checkbox"/>	Iba a estacionar	3 <input type="checkbox"/>
4 <input type="checkbox"/>	Me incorporaba a la circulación	4 <input type="checkbox"/>
5 <input type="checkbox"/>	Salía de circulación	5 <input type="checkbox"/>
6 <input type="checkbox"/>	Entraba en una rotonda	6 <input type="checkbox"/>
7 <input type="checkbox"/>	Circulaba por una rotonda	7 <input type="checkbox"/>
8 <input type="checkbox"/>	Colisioné en la parte de atrás al otro Vehículo	8 <input type="checkbox"/>
9 <input type="checkbox"/>	Circulaba en el mismo sentido, pero en pista diferente	9 <input type="checkbox"/>
10 <input type="checkbox"/>	Cambiaba de pista	10 <input type="checkbox"/>
11 <input type="checkbox"/>	Adelantaba	11 <input type="checkbox"/>
12 <input type="checkbox"/>	Giraba a la derecha	12 <input type="checkbox"/>
13 <input type="checkbox"/>	Giraba a la izquierda	13 <input type="checkbox"/>
14 <input type="checkbox"/>	Daba marcha atrás	14 <input type="checkbox"/>
15 <input type="checkbox"/>	Trasasé el eje de la calzada	15 <input type="checkbox"/>
16 <input type="checkbox"/>	Tenía derecho preferente de paso en cruce no regulado	16 <input type="checkbox"/>
17 <input type="checkbox"/>	No respetó disco pare, señal de ceda el paso o semáforo en rojo	17 <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	← Indicar número de casilleros marcadas →	<input type="checkbox"/>

**14 FIRMA DE LOS CONDUCTORES**

No implica reconocimiento de responsabilidad, pero sí una correcta consignación de las circunstancias para facilitar el trámite.

**A**

\_\_\_\_\_

**B**

\_\_\_\_\_

**VEHÍCULO B**

**8 CONDUCTOR**

Nombre \_\_\_\_\_

Apellidos \_\_\_\_\_

RUT \_\_\_\_\_

Edad \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_

Comuna \_\_\_\_\_

Mail \_\_\_\_\_

Teléfono \_\_\_\_\_

**9 VEHÍCULO**

Marca \_\_\_\_\_

Modelo \_\_\_\_\_

Patente \_\_\_\_\_

Año \_\_\_\_\_

N° Motor \_\_\_\_\_

Aseguradora \_\_\_\_\_

**10 INDICAR EL PUNTO DE CHOQUE INICIAL CON UNA FLECHA**

**11 DAÑOS APRECIADOS DEL VEHÍCULO A**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**12 COMENTARIOS**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**DEBE SER USADA EN TODOS LOS ACCIDENTES DE TRÁNSITO****¿QUE HACER EN CASO DE ACCIDENTE?****1. Si hay lesionados o fallecidos:**

Conforme al artículo 176 de la Ley del Tránsito, estará obligado a detener su marcha, prestar la ayuda que fuese posible y dar cuenta de inmediato a la autoridad policial más cercana. Anote los datos personales de los lesionados antes de su partida.

**2. Si solo hay daños materiales:**

- Si el/los vehículo/s dificulta/n la libre circulación de la vía, desplácelo/s tan pronto como sea posible.
- Complete, de manera tranquila y de común acuerdo con el otro conductor, la declaración Jurada Simple de accidente.
- En lo posible saque fotos del lugar y posición de los vehículos, luego le podrán ser solicitadas al momento de la liquidación del siniestro.
- Si el otro vehículo afectado no posee seguro, distinto de SOAP, se deben completar sus datos igualmente y solicitar que firme la declaración, ello apoyará la agilidad del proceso de liquidación del siniestro.
- Si no hay otro vehículo involucrado, complete sólo lo relacionado con su vehículo.
- Si ambos vehículos poseen seguros, **los conductores deben completar y firmar la misma Declaración**, quedando una copia en poder de cada uno.

**¿COMO COMPLETAR ESTA DECLARACIÓN?****1. En el lugar del accidente:**

- Completar y firmar la declaración jurada simple de siniestro.
- Si existen testigos del accidente anotar su nombre, cedula de identidad y teléfono, especialmente para el caso de dificultades con el otro conductor.
- Firme la declaración, obtenga la firma del otro conductor, y entregue la copia al otro conductor.

**2. En su casa:**

- El asegurado nominado en la póliza, debe firmar la declaración que se expresa más abajo.
- Notifique el siniestro a su compañía tan pronto sea posible, entregando copia de esta declaración por los medios que la aseguradora disponga.

**DECLARACIÓN**

Declaro bajo juramento en mi calidad de asegurado, que la información aportada en esta Declaración Jurada de Siniestro es expresión fiel de las circunstancias que dieron lugar a los hechos constitutivos del siniestro.

Declaro expresamente, por el presente instrumento, que entiendo que conforme al deber del asegurado contemplado en la legislación vigente, de acreditar la ocurrencia del siniestro denunciado, declarando fielmente y sin reticencia, sus circunstancias y consecuencias, cualquier reticencia o declaración falsa de mi parte, faculta expresamente a la Compañía Aseguradora para rechazar el pago de la indemnización reclamada.

Declaro estar en conocimiento que la Compañía Aseguradora ejercerá las acciones legales que correspondan, por el delito de Fraude al Seguro, cuando se obtuviere maliciosamente el pago de la indemnización; ya sea por haber simulado la existencia del siniestro; por haberlo provocado intencionalmente; o por haberlo presentado a la Compañía Aseguradora en virtud de causas o circunstancias distintas a las verdaderas, ocultando la cosa asegurada o aumentando fraudulentamente las pérdidas sufridas.

\_\_\_\_\_

**FIRMA ASEGURADO**

\_\_\_\_\_

**RUT ASEGURADO**

\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**FECHA**

# DECLARACIÓN JURADA SIMPLE DE SINIESTRO

FOLIO 00-0002324

<b>1 FECHA DEL ACCIDENTE</b> ____/____/____	<b>HORA</b> ____:____	<b>2 LUGAR DEL ACCIDENTE</b> (Calle, Intersección, Nº, Comuna)	<b>3 ¿LESIONADOS? (INCLUSO LEVES)</b> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
<b>4 ¿DAÑOS MATERIALES?</b> Vehículos distintos de A y B SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Objetos distintos al vehículo SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		<b>5 ¿CONCURRIÓ CARABINEROS?</b> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	<b>6 ¿SE TOMÓ ALCOHOLEMIA?</b> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
			<b>7 Nº DE VEHÍCULOS INVOLUCRADOS</b>

**VEHÍCULO A**

**8 CONDUCTOR**

Nombre \_\_\_\_\_

Apellidos \_\_\_\_\_

RUT \_\_\_\_\_

Edad \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_

Comuna \_\_\_\_\_

Mail \_\_\_\_\_

Teléfono \_\_\_\_\_

**9 VEHÍCULO**

Marca \_\_\_\_\_

Modelo \_\_\_\_\_

Patente \_\_\_\_\_

Año \_\_\_\_\_

Nº Motor \_\_\_\_\_

Aseguradora \_\_\_\_\_

**10 INDICAR EL PUNTO DE CHOQUE INICIAL CON UNA FLECHA**

**11 DAÑOS APRECIADOS DEL VEHÍCULO A**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**12 COMENTARIOS**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**13 CIRCUNSTANCIAS**  
Poner una X en cada casilla que proceda (tache las circunstancias no válidas)

<b>A</b>		<b>B</b>
1 <input type="checkbox"/>	Estaba estacionado /detenido	1 <input type="checkbox"/>
2 <input type="checkbox"/>	Salía de un estacionamiento	2 <input type="checkbox"/>
3 <input type="checkbox"/>	Iba a estacionar	3 <input type="checkbox"/>
4 <input type="checkbox"/>	Me incorporaba a la circulación	4 <input type="checkbox"/>
5 <input type="checkbox"/>	Salía de circulación	5 <input type="checkbox"/>
6 <input type="checkbox"/>	Entraba en una rotonda	6 <input type="checkbox"/>
7 <input type="checkbox"/>	Circulaba por una rotonda	7 <input type="checkbox"/>
8 <input type="checkbox"/>	Colisioné en la parte de atrás al otro Vehículo	8 <input type="checkbox"/>
9 <input type="checkbox"/>	Circulaba en el mismo sentido, pero en pista diferente	9 <input type="checkbox"/>
10 <input type="checkbox"/>	Cambiaba de pista	10 <input type="checkbox"/>
11 <input type="checkbox"/>	Adelantaba	11 <input type="checkbox"/>
12 <input type="checkbox"/>	Giraba a la derecha	12 <input type="checkbox"/>
13 <input type="checkbox"/>	Giraba a la izquierda	13 <input type="checkbox"/>
14 <input type="checkbox"/>	Daba marcha atrás	14 <input type="checkbox"/>
15 <input type="checkbox"/>	Trasasé el eje de la calzada	15 <input type="checkbox"/>
16 <input type="checkbox"/>	Tenía derecho preferente de paso en cruce no regulado	16 <input type="checkbox"/>
17 <input type="checkbox"/>	No respetó disco pare, señal de ceda el paso o semáforo en rojo	17 <input type="checkbox"/>

← Indicar número de casilleros marcadas →

**14 FIRMA DE LOS CONDUCTORES**  
No implica reconocimiento de responsabilidad, pero si una correcta consignación de las circunstancias para facilitar el trámite.

**A**

\_\_\_\_\_

**B**

\_\_\_\_\_

**VEHÍCULO B**

**8 CONDUCTOR**

Nombre \_\_\_\_\_

Apellidos \_\_\_\_\_

RUT \_\_\_\_\_

Edad \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_

Comuna \_\_\_\_\_

Mail \_\_\_\_\_

Teléfono \_\_\_\_\_

**9 VEHÍCULO**

Marca \_\_\_\_\_

Modelo \_\_\_\_\_

Patente \_\_\_\_\_

Año \_\_\_\_\_

Nº Motor \_\_\_\_\_

Aseguradora \_\_\_\_\_

**10 INDICAR EL PUNTO DE CHOQUE INICIAL CON UNA FLECHA**

**11 DAÑOS APRECIADOS DEL VEHÍCULO A**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**12 COMENTARIOS**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**DEBE SER USADA EN TODOS LOS ACCIDENTES DE TRÁNSITO****¿QUE HACER EN CASO DE ACCIDENTE?****1. Si hay lesionados o fallecidos:**

Conforme al artículo 176 de la Ley del Tránsito, estará obligado a detener su marcha, prestar la ayuda que fuese posible y dar cuenta de inmediato a la autoridad policial más cercana. Anote los datos personales de los lesionados antes de su partida.

**2. Si solo hay daños materiales:**

- Si el/los vehículo/s dificulta/n la libre circulación de la vía, desplácelo/s tan pronto como sea posible.
- Complete, de manera tranquila y de común acuerdo con el otro conductor, la declaración Jurada Simple de accidente.
- En lo posible saque fotos del lugar y posición de los vehículos, luego le podrán ser solicitadas al momento de la liquidación del siniestro.
- Si el otro vehículo afectado no posee seguro, distinto de SOAP, se deben completar sus datos igualmente y solicitar que firme la declaración, ello apoyará la agilidad del proceso de liquidación del siniestro.
- Si no hay otro vehículo involucrado, complete sólo lo relacionado con su vehículo.
- Si ambos vehículos poseen seguros, **los conductores deben completar y firmar la misma Declaración**, quedando una copia en poder de cada uno.

**¿COMO COMPLETAR ESTA DECLARACIÓN?****1. En el lugar del accidente:**

- Completar y firmar la declaración jurada simple de siniestro.
- Si existen testigos del accidente anotar su nombre, cedula de identidad y teléfono, especialmente para el caso de dificultades con el otro conductor.
- Firme la declaración, obtenga la firma del otro conductor, y entregue la copia al otro conductor.

**2. En su casa:**

- El asegurado nominado en la póliza, debe firmar la declaración que se expresa más abajo.
- Notifique el siniestro a su compañía tan pronto sea posible, entregando copia de esta declaración por los medios que la aseguradora disponga.

**DECLARACIÓN**

Declaro bajo juramento en mi calidad de asegurado, que la información aportada en esta Declaración Jurada de Siniestro es expresión fiel de las circunstancias que dieron lugar a los hechos constitutivos del siniestro.

Declaro expresamente, por el presente instrumento, que entiendo que conforme al deber del asegurado contemplado en la legislación vigente, de acreditar la ocurrencia del siniestro denunciado, declarando fielmente y sin reticencia, sus circunstancias y consecuencias, cualquier reticencia o declaración falsa de mi parte, faculta expresamente a la Compañía Aseguradora para rechazar el pago de la indemnización reclamada.

Declaro estar en conocimiento que la Compañía Aseguradora ejercerá las acciones legales que correspondan, por el delito de Fraude al Seguro, cuando se obtuviere maliciosamente el pago de la indemnización; ya sea por haber simulado la existencia del siniestro; por haberlo provocado intencionalmente; o por haberlo presentado a la Compañía Aseguradora en virtud de causas o circunstancias distintas a las verdaderas, ocultando la cosa asegurada o aumentando fraudulentamente las pérdidas sufridas.

\_\_\_\_\_

**FIRMA ASEGURADO**

\_\_\_\_\_

**RUT ASEGURADO**

\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**FECHA**