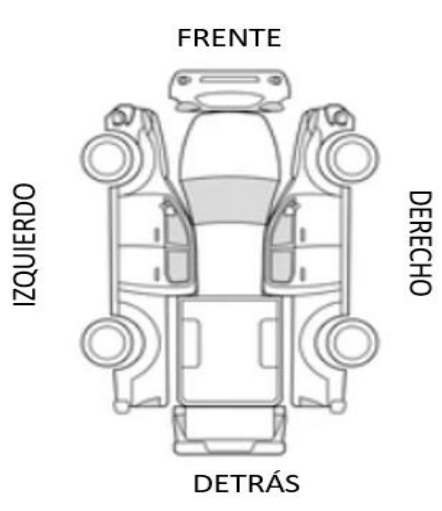


**DECLARACIÓN DE SINIESTRO
PÓLIZA DE RESPONSABILIDAD CIVIL DE VEHÍCULOS CONSTI RCV**

DATOS DE LA PÓLIZA			
Póliza Nº:		Certificado Nº:	
		Sucursal:	
DATOS DEL ASEGURADO			
Apellidos y Nombres/ Razón Social:		Cédula de Identidad/ Pasaporte:	
		Registro de Información Fiscal:	
DATOS DEL VEHÍCULO ASEGURADO			
Placa:	Marca:	Modelo:	Año:
Serial de Carrocería:		Serial del Motor:	
Color:	Km. Recorridos:	Uso:	
DATOS DEL CONDUCTOR			
Apellidos y Nombres:			Cédula de Identidad/ Pasaporte:
Fecha de Nacimiento:	Edad:	Nº de Licencia:	Grado de Licencia:
Dirección de habitación:		Casa:	Edificio: Apartamento:
Piso:	Avenida:	Calle/ Transversal/ Vereda:	
Urbanización:	Ciudad:	Estado:	
Municipio:	Parroquia:	Código Postal:	
Teléfono Domicilio:	Teléfono Celular:	Correo electrónico:	
DATOS DEL SINIESTRO			
Fecha de Ocurrencia:	Hora:	Fecha de notificación:	Hora:
	a.m. p.m.		a.m. p.m.
Notificado por:	El Asegurado El Intermediario Otro, especifique:		
Causa:	Choque Robo Incendio Robo accesorio Otro, especifique:		
Lugar:	Avenida:	Calle/ Transversal/ Vereda:	
Urbanización:	Ciudad:	Estado:	Municipio:
¿Lesionados? SI NO Cantidad:		¿Fallecidos? SI NO Cantidad:	
¿Intervino alguna autoridad? SI NO Especifique:		Motivo por el cual no intervino ninguna autoridad:	
Partes afectadas del vehículo asegurado, indíquelas también en el dibujo			
1			
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			
9			
10			
¿A qué velocidad ocurrió el accidente?:		¿Dónde se encuentra el vehículo asegurado?	
¿El vehículo rueda?		¿Lugar donde se va a realizar el ajuste?	
Breve descripción del accidente:			
En caso de robo, ¿se hizo la denuncia correspondiente? SI NO			
En caso de ser afirmativa su respuesta indique el Nº de Denuncia:			

(Completar esta sección solo en caso de causar daño o lesión a un tercero)

DATOS DEL PROPIETARIO DEL VEHÍCULO DEL TERCERO

Apellidos y Nombres:		Cédula de Identidad/ Pasaporte:	
Dirección de habitación:		Casa:	Edificio: Apartamento:
Piso:	Avenida:	Calle/ Transversal/ Vereda:	
Urbanización:	Ciudad:	Estado:	
Municipio:	Parroquia:	Código Postal:	
Teléfono Domicilio:	Teléfono Celular:	Correo electrónico:	

DATOS DEL CONDUCTOR TERCERO

Apellidos y Nombres:		Cédula de Identidad/ Pasaporte:	
Fecha de Nacimiento:	Edad:	Nº de Licencia:	Grado de Licencia:
Dirección de habitación:		Casa:	Edificio: Apartamento:
Piso:	Avenida:	Calle/ Transversal/ Vereda:	
Urbanización:	Ciudad:	Estado:	
Municipio:	Parroquia:	Código Postal:	
Teléfono Domicilio:	Teléfono Celular:	Correo electrónico:	

DATOS DEL VEHÍCULO DEL TERCERO

Placa:	Marca:	Modelo:	Año:
Serial de Carrocería:		Serial del Motor:	
Color:	Km. recorridos:	Uso:	

DAÑOS DEL VEHÍCULO DEL TERCERO

DATOS DE TESTIGOS DEL ACCIDENTE

Apellidos y Nombres	Cédula de Identidad/ Pasaporte	Edad	Nº de Teléfono

DECLARACIÓN DEL ASEGURADO

Declaro que he leído cuidadosa y totalmente, una a una, todas las preguntas y respuestas consignadas en esta Declaración de Siniestro, y que ellas son verdaderas, amplias, completas y exactas.

 Lugar y Fecha

FIRMAS

Asegurado	Conductor	Intermediario

Aprobada por la superintendencia de la Actividad Aseguradora mediante Providencia Administrativa SAA-09-377-2026 de fecha 12/03/2026

Av. Venezuela, entre Av. Lazo Martí y Calle Mohedano, Edif. Torre Constitución, El Rosal, Código Postal 1060, Caracas-Venezuela. Teléfono Máster: (0212) 957.98.00. Seguros Constitución, C.A. Inscrita ante la Superintendencia de la Actividad Aseguradora bajo el Nº 96.

RIF: J-09028623-3 - NIT: 0033556403

VEN-301-0014-14-0006