**DECLARACIÓN DE SINIESTRO
DATOS DE LA PÓLIZA**

Nombre del Asegurado/Afectado		Dirección		Siniestro		Póliza	
KURODA NORTE S.A DE C.V		AV. 20 DE NOVIEMBRE #12177 20 DE		6-721-15283/2018		304-721-69	
Agente	Fecha de inicio	Vigencia	Fecha Término	Cobertura tipo	Status Póliza		
6770	31/12/17	De 12:00 a 2:00 Hrs.	31/12/18	Amplia ☒ Limitada ☐	NOVIEMBRE PAGAR		

Nombre del Propietario		Dirección		C.P.		Teléfono		E-mail	
KURODA NORTE S.A DE C.V		AV. 20 DE NOVIEMBRE #12177 20 DE		X6642224635					
Nombre del Conductor		Fecha de Nacimiento	Número de Licencia	Fecha y lugar de expedición					
Orozco Medina Elias Amilcar		24/08/1978	B306ABVZOP2	23-02-18/24-08-20					

Marca	Tipo	Modelo	Puertas	Capacidad	Ton.	Color
HINO	500	2016	3	3 KG		BCO
Número de Serie	Placas		Transmisión			
JHHYEP0H96K001646	AP-06516		STANDARD			

Fecha del Siniestro		Hora		Ubicación Calle		Colonia/Población	
12/10/18		5:00 PM		CARRIL LIBRE ROSARIO-TIJUANA		HITA LAS FLORES	
Entre la Calle		y la calle		C.P.		Señas Particulares de la Ubicación	

Narración de los hechos
 X Al circular por la transpeninsular rumbo a Rosarito - Tijuana en autolas Agrescalientes select. con numera económica 1059 involucro mi carril ocasionando daños a la unidad que maneja dandose a la fuga

Manifiesto bajo protesta decir verdad que, la información asentada en la declaración de Siniestro, corresponde a la realidad de los hechos y asumo la responsabilidad legal que genere las omisiones e inexactas declaraciones en términos de lo dispuesto por el Artículo 70 de la Ley Sobre el Contrato del Seguro.

[Firma]
 Nombre y Firma del Asegurado o Declarante

DAÑOS	Estimación de Daños
DEF. DEL FARO 170, SALPICADERA 170	\$8000.00

INFORMACIÓN DE LESIONADOS DEL VEHÍCULO ASEGURADO		Nombre		Dirección		Teléfono	
Lesiones						Estimación	
Lesiones						Estimación	
Lesiones						Estimación	

Se solicitó servicio de:							
Cría	SI ☐	NO ☐	Aseg.	☐	Tercero	☐	Razón Social Econ.
Ambulancia	SI ☐	NO ☐	Aseg.	☐	Tercero	☐	Razón Social Econ.
Asistencia Legal							Acta No.
Observaciones							

1.- DATOS DEL VEHÍCULO TERCERO		Nombre del Propietario		Dirección		C.P.		Teléfono		E-mail	
Nombre del Conductor		Fecha de Nacimiento		Número de Licencia		Fecha y lugar de expedición					
Marca	Tipo	Modelo	Puertas	Capacidad	Ton.	Color					
Número de Serie	Placas										
Compañía de Seguros	Póliza	Vigencia	Siniestro	Cobertura	Ajustador						
Daños											

2.- DATOS DEL VEHÍCULO TERCERO		Nombre del Propietario		Dirección		C.P.		Teléfono		E-mail	
Nombre del Conductor		Fecha de Nacimiento		Número de Licencia		Fecha y lugar de expedición					
Marca	Tipo	Modelo	Puertas	Capacidad	Ton.	Color					
Número de Serie	Placas										
Compañía de Seguros	Póliza	Vigencia	Siniestro	Cobertura	Ajustador						
Daños											

Otorgo mi consentimiento para que la información y datos asentados en la declaración de Siniestro sean utilizados para establecer un registro de Siniestros, el cual será consultado por otras Compañías de Seguros que operan dentro de la República Mexicana.

TIJUANAB.L 12/10/18
 Lugar y Fecha

[Firma] ALEJANDRO GARZA
 Nombre y Firma del Ajustador

[Firma]
 Nombre y Firma del Asegurado o Declarante