



Av. 27 de Febrero No. 302, Bella Vista, Sto. Dgo.
 Tel.: 809-535-1030 / Fax: 809-533-2576
 Calle General Cabral No. 61, Santiago, República Dominicana • Tel.: 809-582-3638 • Fax: 809-274-9596
 dominicanadeseguro.com • E-mail: info@dominicanadeseguro.com
 RNC: 1-0100158-5

REPORTE DE ACCIDENTE DE AUTOMOVIL

DATOS DEL ASEGURADO

Apellidos _____ Nombres _____
 Dirección _____
Calle/Numero Sector

Ciudad Póliza No. _____
 Teléfono _____
Residencia Oficina Ciudad

DATOS DEL CONDUCTOR (en caso de otro conductor en el momento del accidente)

Apellidos _____ Nombres _____
 Dirección _____
Calle/Numero Sector

Ciudad Póliza No. _____
 No. Licencia _____ Relación con el asegurado _____ Edad _____

DATOS DEL VEHICULO ASEGURADO

Marca _____ Modelo _____ Año _____
 Color _____ Chasis No. _____ Placa No. _____
 Uso de vehículo en el momento del accidente _____
 Descripción de los daños _____
 Situación actual del vehículo En uso del cliente En taller Otros

DATOS DEL ACCIDENTE

Fecha / / Lugar _____
 Dia Mes Año
 Hora _____ a.m. p.m.
 Fue el accidente reportado a la policía? Si No Indique destacamento _____
 Lesiones sufridas _____
 Perdió el conocimiento? Si No
 Velocidad que estima llevada cada vehículo: El suyo _____ KMH El otro _____ KMH
 Si el accidente ocurría en una intersección: Indique si había semáforo Si No Cual vehículo entró primero en la intersección? _____
 Estaba la carretera mojada? Si No Cuantos carriles habian? _____
 Que señal de advertencia hizo usted? _____
 Descripción del accidente _____

 Indique cualquier otro detalle importante no mencionado anteriormente _____

DATOS DEL ASEGURADO

Muestra la dirección de los vehiculos con una flecha

TESTIGOS

| Nombres | Direcciones | Teléfono |
|---------|-------------|----------|
| _____ | _____ | _____ |
| _____ | _____ | _____ |
| _____ | _____ | _____ |

Intervino la policia? Si No

DAÑOS DE PROPIEDAD AJENA

Apellidos _____ Nombres _____
Dirección _____ Teléfono _____
Marca _____ Modelo _____ Año _____
Chasis No. _____ Placa No. _____
Descripción de los daños _____

LESIONADOS

| Nombre | Dirección | Teléfono | Lesiones Sufridas |
|--------|-----------|----------|-------------------|
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

Comentarios: _____

Fecha: ____/____/____
 Día Mes Año

Firma del Asegurado

ICS-10-0042