

Póliza No.

AVISO DE ACCIDENTE DE AUTOMÓVIL

Datos del Asegurado

Nombres y Apellidos: _____

Dirección: _____
Calle/Número Apartamento/Edificio Sector Ciudad

Cédula/RNC Nro.: _____ **Correo Electrónico:** _____

Teléfonos: _____
Residencia Oficina Celular

Datos del Conductor (En caso de no ser el Asegurado)

Nombres y Apellidos: _____ **Licencia No.:** _____

Dirección: _____
Calle/Número Apartamento/Edificio Sector Ciudad

Teléfono: _____ **Edad:** _____ **Relación con el Asegurado:** _____

Datos del Vehículo Asegurado

Marca: _____ **Modelo:** _____ **Año:** _____

Color: _____ **Placa Nro.:** _____ **Chasis Nro.:** _____

Situación Actual del Vehículo: En uso del cliente En Taller Autorizado _____

Datos del Accidente

Fecha del Accidente:

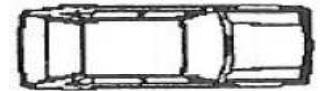
Día	Mes	Año
-----	-----	-----

Hora del Siniestro: 0:00 a. m. p. m. **Fecha de Aviso:**

Día	Mes	Año
-----	-----	-----

Hora de Aviso del Siniestro: 0:00 a. m. p. m.

Descripción del Accidente:



Descripción de los daños:

Marcar la Zona del Impacto

Uso del automóvil en el momento del accidente: _____

Acta Policial Nro.: _____ **Destacamento:** _____

¿Hubo Daños a la Propiedad Ajena (DPA)? Sí No **Si es afirmativo, por favor indique en la tabla:**

Nombre del Propietario	Descripción del Bien Afectado

¿Hubo algún lesionado? Sí No **Cantidad de Personas** _____

Describe el(los) tipo(s) de Lesión(es):

Nombre del Analista: _____ **Nombre del Perito:** _____

Taller Asignado: _____ **Teléfono:** _____

Dirección: _____

El presente documento, es una constancia de reclamación según lo dispuesto por el artículo 99 de la ley de seguros Nro. 146-02, Sección XI del Capítulo V, y no tiene efectos de formalización de la reclamación en los términos del artículo 100 de la misma ley.

Firma del Asegurado