

Datos del Asegurado

Persona Física: Nombres Apellidos Cédula

Empresa: No. de Póliza:

Dirección: Calle y número Apartamento y Edificio

Sector Ciudad

Teléfono Res. Oficina Celular

Descripción del Vehículo del Asegurado

Marca del Vehículo: Tipo:

Chasis No. Modelo:

Año: Placa: Color: Público Privado

Datos del Conductor (Completar en caso de que el conductor del vehículo no sea el asegurado)

Nombre: Cédula

Dirección: Calle y número Apartamento y Edificio

Sector Ciudad

¿Qué relación tiene con el asegurado?

¿Dónde estaba el asegurado en el momento del accidente?

Datos del Accidente

Fecha: Día Mes Año Hora: Lado de la calle: Izquierdo Derecho Velocidad:

En qué dirección se trasladaba el vehículo del asegurado:

Lugar donde ocurrió el accidente:

Descripción del daño del Vehículo:

Ubicación del vehículo actualmente:

En caso de colisión con otro vehículo

Dirección en la que se trasladaba el vehículo de colisión:

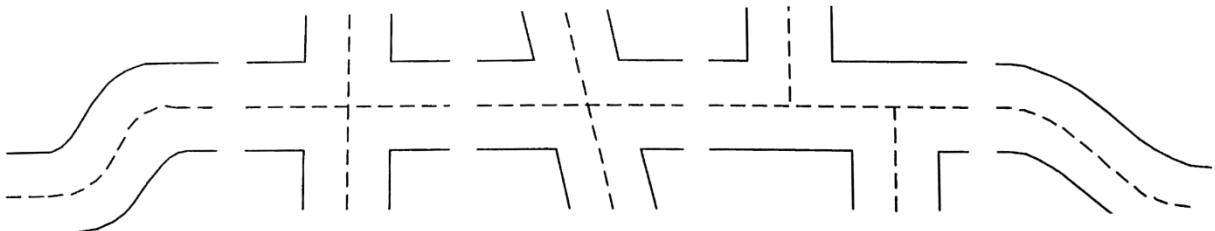
¿Cuál de los vehículos iba por vía de preferencia?:

¿Causa del accidente?:

¿Se considera culpable del accidente?: Si No En caso de demanda ¿Está dispuesto a asistir al tribunal cuantas veces sea citado? Si No

Describa el accidente indicando los datos que podrían ser útiles para comprender con facilidad la causa del mismo

Muestre la dirección de los vehículos con una flecha



Daños a la Propiedad de Otros: Vehículo Otros Propietario: _____ Teléfono: _____

Año _____ Chasis No _____ Marca del Vehículo _____

 Público Privado Placa Vehículo _____ Conductor __________
Teléfono: _____

¿Con qué compañía está asegurado? _____ Póliza No.: [] – [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] []

Si además se produjeron daños a la propiedad de otras personas, favor incluir los datos en una hoja anexa.

Descripción daño: _____

Lesión a Personas:

Nombre y Apellido: _____

Dirección: _____

Ocupación: _____ Naturaleza de las lesiones _____

Ubicación de la persona lesionada, en el momento que se produjo el accidente _____

Relación con el Asegurado: _____ Lugar donde fue trasladado después del accidente _____

Hospital o clínica donde fue trasladado después del accidente: _____

*Si existe más de una persona lesionada, incluir los datos anteriormente solicitados, en relación con cada uno de ellos por separado, en una hoja anexa.

Pasajeros del Vehículo Asegurado:

Nombre y Apellido: _____

Dirección y teléfono: _____

¿Dónde se encontraba al momento del accidente?: _____

Relación con el Asegurado: _____

Tipo de lesión del pasajero: _____

Testigos Importantes del Accidente:

Nombre y Apellido:

1. _____ Teléfono: _____

2. _____ Teléfono: _____

3. _____ Teléfono: _____

¿Cuáles autoridades intervinieron? _____

Comentarios adicionales: _____

El asegurado afirma que todos los datos suministrados son ciertos y que fueron otorgados libre y voluntariamente._____
Asegurado (Firma y Sello)_____
Firma del conductor

Fecha: _____

Corredor (Firma y Sello)**Los accidentes deben ser avisados inmediatamente a la compañía o en las siguientes 24 horas, anexando o remitiendo posteriormente toda la información o notificación que reciba el asegurado en relación con el mismo.**