

Fecha:

Día	Mes	Año				

Datos del asegurado

Nombre del asegurado: _____ Póliza núm.: _____ Ref.: _____

Teléfono residencial: _____ Oficina: _____ Celular: _____

Correo Electrónico: _____

Datos del conductor y vehículo asegurado

Nombre del conductor: _____ Edad: _____

¿Qué relación tiene con el asegurado? _____ Número de contacto: _____

Cedula: _____ ¿Tiene licencia? Sí No

Datos del accidente

Fecha del accidente: _____ Hora: _____ AM PM Taller de reparación: _____

¿Vehículo asegurado sufrió daños? Sí No ¿Asegurado se considera responsable del siniestro? Sí No

¿Vehículo se moviliza? Sí No Si la respuesta anterior fue "No",
indique la dirección del vehículo: _____

Describa detalladamente el accidente y los daños del vehículo asegurado:

Propiedad ajena

Nombre del propietario: _____ Teléfono Residencial: _____

Celular: _____ Tipo de bien afectado: Vehículo: _____ Propiedad: _____

Compañía aseguradora: _____ Póliza núm.: _____

Firma o sello del cliente