

## INFORME DE ACCIDENTE DE AUTOMOVIL

Póliza No.:	Reclamo No.:	Taller Seleccionado:
-------------	--------------	----------------------

### DATOS GENERALES

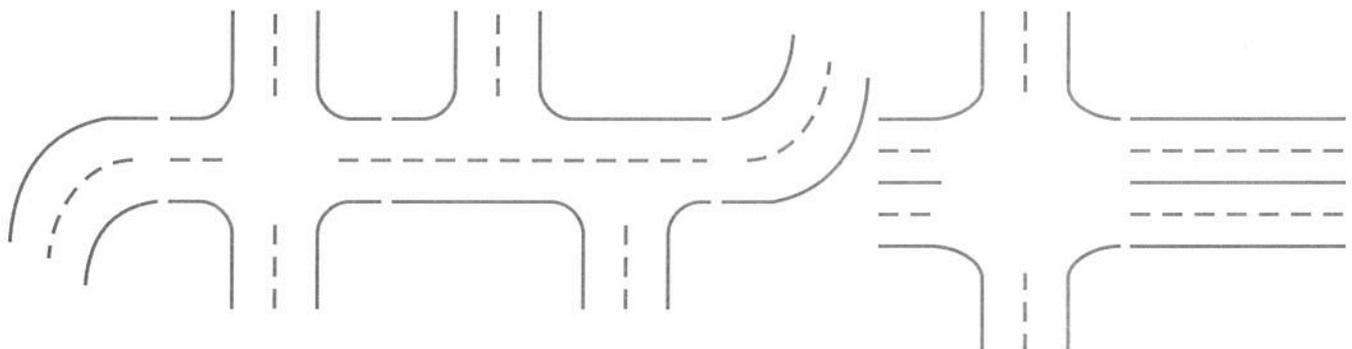
<b>Asegurado</b>	Nombre Completo:	Cédula / RUC:			
	Dirección Actual:				
	Tel. Residencia:	Tel. Oficina:	Celular:	Fax:	
	e-mail:		Apartado Postal:		
<b>Auto asegurado</b>	Chasis:	Marca:	Modelo:	Año:	Placa:
<b>Conductor al Momento del Accidente (No completar si es el asegurado)</b>	Nombre del Conductor:		Cédula / RUC:		Sexo: F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>
	Fecha de Nacimiento: D / M / A	Dirección del Conductor:			
	Tel. Residencia:	Tel. Oficina:	Celular:	Fax:	

### DETALLES DEL ACCIDENTE

<b>Detalle del Sinistro (Si es robo adjunte la denuncia o ampliación)</b>	Fecha del Accidente: D / M / A	Hora:	Lugar:
	Indique los Daños al Vehículo Asegurado:		
	Se Considera usted Responsable del Accidente:		
Reporte Político: Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Fecha de Audiencia: D / M / A	No. de Boleta:	

### DESCRIPCIÓN DETALLADA DEL ACCIDENTE


Complete el siguiente diagrama mostrando la dirección y las posiciones de los automóviles implicados, indicando claramente el punto de contacto



Declaro que a mi entender los detalles descritos, se ajustan a la verdad y son correctos. Cualquier declaración falsa en este formulario, facultará a la compañía para considerar rescindida del pleno derecho de mi Póliza.

**DAÑOS A LA PROPIEDAD AJENA**

Dueño del Vehículo:			Cédula / RUC:		
Dirección:					
Tel. Res.:		Oficina:		Fax:	
Nombre del Conductor:				Cédula / RUC:	
Dirección del Conductor:					
Tel. Res.:		Oficina:		Fax:	
Año:		Marca:		Modelo:	
				Placa:	
Indique los Daños al Vehículo del Tercero:					
Tiene Seguro: Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		Compañía de Seguros:			No. de Póliza:

**EN CASO DE MÁS DE UN AFECTADO**

Dueño del Vehículo:			Cédula / RUC:		
Dirección:					
Tel. Res.:		Oficina:		Fax:	
Nombre del Conductor:				Cédula / RUC:	
Dirección del Conductor:					
Tel. Res.:		Oficina:		Fax:	
Año:		Marca:		Modelo:	
				Placa:	
Indique los Daños al Vehículo del Tercero:					
Tiene Seguro: Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		Compañía de Seguros:			No. de Póliza:

**PERSONAS LESIONADAS**

Nombre:			Edad:		
Dirección:			Teléfono:		
Heridas Sufridas:					
Pasajero: Conductor <input type="checkbox"/> Carro Asegurado <input type="checkbox"/> Otro Carro <input type="checkbox"/> Peatón <input type="checkbox"/>					
Nombre:			Edad:		
Dirección:			Teléfono:		
Heridas Sufridas:					
Pasajero: Conductor <input type="checkbox"/> Carro Asegurado <input type="checkbox"/> Otro Carro <input type="checkbox"/> Peatón <input type="checkbox"/>					
Nombre:			Edad:		
Dirección:			Teléfono:		
Heridas Sufridas:					
Pasajero: Conductor <input type="checkbox"/> Carro Asegurado <input type="checkbox"/> Otro Carro <input type="checkbox"/> Peatón <input type="checkbox"/>					

Declaro que a mi entender los detalles descritos, se ajustan a la verdad y son correctos. Cualquier declaración falsa en este formulario, facultará a la compañía para considerar rescindida del pleno derecho de mi Póliza.

Fecha: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma del Conductor / Asegurado

\_\_\_\_\_  
Firma de Ajustador / Inspector

DAÑOS A LA PROPIEDAD AJENA			
Dueño del Vehículo:		Cédula / RUC:	
Dirección:			
Tel. Res.:	Oficina:	Fax:	E-mail:
Nombre del Conductor:			Cédula / RUC:
Dirección del Conductor:			
Tel. Res.:	Oficina:	Fax:	E-mail:
Año:	Marca:	Modelo:	Placa:
Indique los Daños al Vehículo del Tercero:			
Tiene Seguro: Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		Compañía de Seguros:	No. de Póliza:

EN CASO DE MÁS DE UN AFECTADO			
Dueño del Vehículo:		Cédula / RUC:	
Dirección:			
Tel. Res.:	Oficina:	Fax:	E-mail:
Nombre del Conductor:			Cédula / RUC:
Dirección del Conductor:			
Tel. Res.:	Oficina:	Fax:	E-mail:
Año:	Marca:	Modelo:	Placa:
Indique los Daños al Vehículo del Tercero:			
Tiene Seguro: Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		Compañía de Seguros:	No. de Póliza:

PERSONAS LESIONADAS			
Nombre:		Edad:	
Dirección:		Teléfono:	
Heridas Sufridas:			
Pasajero:	Conductor <input type="checkbox"/>	Carro Asegurado <input type="checkbox"/>	Otro Carro <input type="checkbox"/> Peatón <input type="checkbox"/>
Nombre:		Edad:	
Dirección:		Teléfono:	
Heridas Sufridas:			
Pasajero:	Conductor <input type="checkbox"/>	Carro Asegurado <input type="checkbox"/>	Otro Carro <input type="checkbox"/> Peatón <input type="checkbox"/>
Nombre:		Edad:	
Dirección:		Teléfono:	
Heridas Sufridas:			
Pasajero:	Conductor <input type="checkbox"/>	Carro Asegurado <input type="checkbox"/>	Otro Carro <input type="checkbox"/> Peatón <input type="checkbox"/>

Declaro que a mi entender los detalles descritos, se ajustan a la verdad y son correctos. Cualquier declaración falsa en este formulario, facultará a la compañía para considerar rescindida del pleno derecho de mi Póliza.

Fecha: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma del Conductor / Asegurado

\_\_\_\_\_  
Firma de Ajustador / Inspector