

INFORME DE ACCIDENTE DE AUTOMOVIL

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

DATOS GENERALES

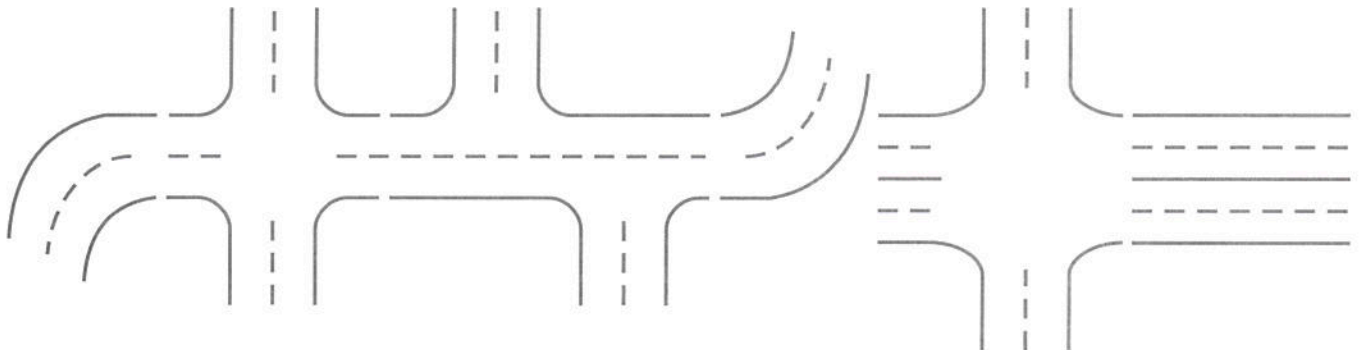
Asegurado	Nombre Completo:		Cédula / RUC:		
	Dirección Actual:				
	Tel. Residencia:	Tel. Oficina:	Celular:	Fax:	
	e-mail:		Apartado Postal:		
Auto asegurado	Chasis:	Marca:	Modelo:	Año:	Placa:
Conductor al Momento del Accidente (No completar si es el asegurado)	Nombre del Conductor:		Cédula / RUC:		Sexo: 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

Detalle del Siniestro (Si es robo adjunte la denuncia o ampliación)	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:	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