

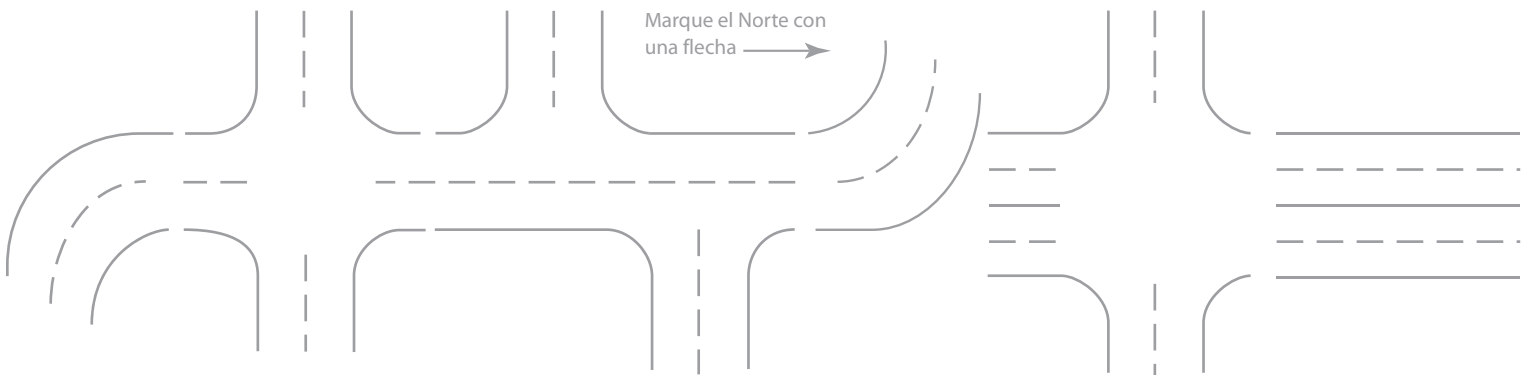
Póliza

Taller Seleccionado						
Vehículo Asegurado	Año	Marca	Modelo	Motor No.	Chasis No.	Placa No.
Asegurado	Nombre				Fax	Teléfono. Res.
	Dirección					Ofic.
Lugar y Fecha	Fecha de Accidente		Hora: a.m. p.m.	Lugar		
Automóvil asegurado	Nombre del Conductor		Sexo	Cédula	Fecha de Nacimiento	Teléfono Res.
	Correo Electrónico		Dirección del Conductor			Ofic.
	Frecuencia de uso:	<input type="checkbox"/> Dentro de Oficina <input type="checkbox"/> Fuera de Oficina <input type="checkbox"/> Dentro y Fuera Oficina		Estado Civil:	<input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Otro	
	Especifique qué daños y, si es robo, adjunte la denuncia o ampliación					
¿Se hizo reporte policivo?				Fecha de la audiencia	No. de boleta	
Daños a la propiedad ajena	Dueño		Dirección			Teléfono
	Nombre del conductor		Dirección			Teléfono
	Cédula o No. de Ruc		Daños (especifique)			
	Año del auto	Marca	Modelo			Placa No.
	¿Tiene seguro?		Nombre de la compañía y número de Póliza			
En caso de más de un afectado llene esta parte	Dueño		Dirección			Teléfono
	Nombre del conductor		Dirección			Teléfono
	Cédula o No. de Ruc		Daños (especifique)			
	Año del auto	Marca	Modelo			Placa No.
	¿Tiene seguro?		Nombre de la compañía y número de Póliza			

	Nombre	Dirección	Edad	Pasajero		Peatón	Heridas sufridas
				Carro aseg.	Otro carro		
Personas lesionadas							

Descripción detallada del accidente

Complete el siguiente diagrama mostrando la dirección y las posiciones de los automoviles 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 de pleno derecho mi Póliza .

Fecha: _____

Fecha: _____

Teléfono: _____

Dirección: _____

Firma del conductor

Firma del asegurado