



Compañía de Seguros, S.A.

Informe de Accidente

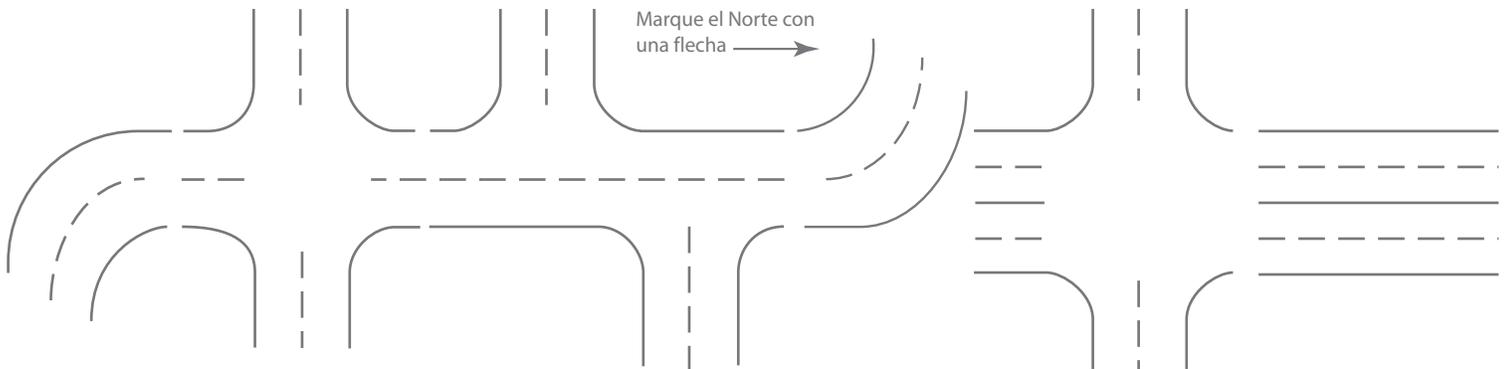
Póliza No.	Reclamo No.	Taller Seleccionado
------------	-------------	---------------------

Asegurado	Nombre Completo				Cédula / RUC	
	Dirección Actual					
	Teléfono Residencia			Oficina	Celular	Fax
	E-mail			Apartado Postal		
Conductor al Momento del Accidente (No completar si es el Asegurado)	Nombre del Conductor			Cédula		Sexo <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M
	Fecha de Nacimiento Día: / Mes: / Año:			Dirección del Conductor		
	Tel. Res.	Oficina	Celular	Fax	E-mail	
Vehículo Asegurado	Año	Marca	Modelo	Placa		
	Motor No.		Chasis No.			
Detalle del Siniestro (si es robo adjunte la denuncia o ampliación)	Fecha de Accidente			Hora	Lugar	
	Indique los daños al Vehículo Asegurado					
	Reporte Polícivo <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		Fecha de Audiencia		No. de Boleta	
Daños a la Propiedad Ajena	Dueño del Vehículo			Cédula/RUC		
	Dirección					
	Tel. Res.	Oficina	Celular	Fax	E-mail	
	Nombre del Conductor			Cédula		
	Dirección del Conductor					
	Tel. Res.	Oficina	Celular	Fax	E-mail	
	Año	Marca	Modelo	Placa		
	Indique los daños al Vehículo del Tercero					
	Tiene Seguro? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		Compañía de Seguros		No. de Póliza	
En Caso de más de un Afectado	Dueño del Vehículo			Cédula/RUC		
	Dirección					
	Tel. Res.	Oficina	Celular	Fax	E-mail	
	Nombre del Conductor			Cédula		
	Dirección del Conductor					
	Tel. Res.	Oficina	Celular	Fax	E-mail	
	Año	Marca	Modelo	Placa		
	Indique los daños al Vehículo del Tercero					
	Tiene Seguro? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		Compañía de Seguros		No. de Póliza	

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

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 formularios, facultará a la compañía para considerar rescindida del pleno derecho de mi Póliza.

Fecha: _____

Teléfono: _____

Dirección: _____

Firma del conductor

Firma del asegurado