

DECLARACION DE ACCIDENTE DE VEHICULOS

Asegurado: _____ Sinistro No.: _____
Dirección: _____ Teléfono: _____
Póliza: _____ Item: _____ Mail Asegurado: _____

VEHICULO ASEGURADO

Marca: _____ Modelo: _____ Año: _____ Color: _____
Placas: _____ Motor: _____ Chasis: _____
Detalles de los daños: _____

¿Taller donde se encuentra el vehículo?: _____

DATOS DEL ACCIDENTE

Lugar: _____ Velocidad: _____
Fecha: _____
Hora: _____
Explique detalladamente como ocurrió el accidente: _____

Se impactó contra alguien SI NO
A juicio del conductor del vehículo asegurado, ¿ Quién es el responsable del accidente?: _____

CONDUCTOR VEHICULO ASEGURADO

Nombres y apellidos: _____
Dirección: _____ Teléfono: _____
Relación con el asegurado: _____
Licencia No.: _____ Categoría: _____ Expedida en: _____
Válida hasta: _____
Mail del conductor: _____

DATOS SOBRE EL VEHICULO CONTRARIO:

Marca: _____ Modelo: _____ Placas: _____ Color: _____ Año: _____

Asegurado en la Compañía: _____ Póliza No: _____

Propietario: _____

Dirección: _____ Teléfono: _____

Conductor: _____

Dirección: _____ Teléfono: _____

Intervinieron otros vehículos o resultaron perjudicados, facilite los datos: _____

DETALLE DE DAÑOS DEL VEHICULO CONTRARIO

¿Taller donde se encuentra el vehículo?: _____

TESTIGOS DEL ACCIDENTE NOMBRES Y DIRECCIONES

DATOS ADICIONALES

¿ Existió parte policial?: _____

¿ Qué agentes tomaron nota del parte?: _____

¿ En caso de no existir parte policial, explique el porqué?: _____

¿ Está detenido el conductor?: _____

PERSONAS HERIDAS

Nombres: _____ Teléfonos: _____

Dirección: _____

Tipo de golpes o heridas sufridas: _____

Con qué compañía de seguros mantiene su Soat: _____

Observaciones del asegurado: _____

El que suscribe declara que los datos son verdaderos en todas sus partes

NOTA: La falsa declaración dará lugar a la negativa del caso por la Compañía. En _____ a, _____ de _____ del 20 _____

(FIRMA DEL ASEGURADO)

CROQUIS DEL LUGAR DEL ACCIDENTE

