

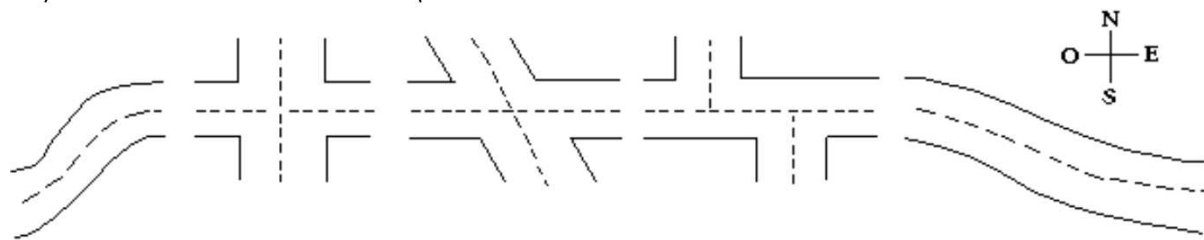
REPORTE DE ACCIDENTE DE VEHICULOS



| DATOS DEL ASEGURADO | | | |
|---|--|--|------------------------|
| Nombre del Asegurado _____ | Póliza No. _____ | | |
| Dirección _____ | | Teléfonos _____ | |
| Correo Electrónico _____ | | | |
| VEHICULO ASEGURADO | | | |
| Marca _____ | Modelo _____ | Referencia _____ | |
| Año _____ | Chasis No. _____ | Placa No. _____ | |
| Uso que le daba en el momento del accidente _____ | | | |
| DATOS DEL CONDUCTOR | | | |
| Nombre de la persona que conducía _____ | | | |
| Dirección _____ | | Teléfonos _____ | |
| Nombre de la persona que lo autorizó _____ | | Parentezco _____ | |
| Edad _____ | Licencia de conducir <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No | Número _____ | |
| Correo Electrónico _____ | | | |
| DETALLE DEL ACCIDENTE | | | |
| Fecha _____ | Lugar _____ | Hora <input type="checkbox"/> a.m. <input type="checkbox"/> p.m. | |
| Dirección en la iba el vehículo asegurado _____ | | Velocidad k/h _____ | |
| Lado de la calle en que iba _____ | Las luces estaban encendidas <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No | | |
| ¿En caso de colisión con otro, en qué dirección iba este? _____ | | | |
| Lado de la calle en que iba _____ | Velocidad k/h _____ | | |
| Conductor del otro vehiculo _____ | | | |
| Describa el accidente en detalle y haga un diseño a continuación indicando lo que crea ayudara a comprender con facilidad el accidente | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| ¿Se levanto acta policial? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No En caso negativo, indique motivo _____ | | | |
| IMPORTANTE: DEBE ANEXARSE ACTA POLICIAL CERTIFICADA | | | |
| F-REC-001 | Fecha Emisión: Octubre 2010 | Revisión No.: 0 | Fecha Ultima Revisión: |

DIRECCION DE LOS VEHICULOS

Indique con una flecha la dirección en que transitaban los vehículos involucrados en el accidente.



DAÑOS A LA PROPIEDAD AJENA

Nombre del Propietario _____

Dirección _____

Compañía aseguradora _____

Número de placa _____ Marca _____ Tipo _____

Descripción de los daños _____

Nota: Si además se produjeron daños a la propiedad de otras personas, favor completar relación anexa.

LESIONES A PERSONAS

Nombre de la persona lesionada _____

Dirección _____

Ocupación _____

Naturaleza de las lesiones _____

Relación con el asegurado _____

Lugar dónde fue llevada después del accidente _____

Nombre del doctor que lo atiende _____

Dirección _____

Lugar donde estaba la persona lesionada cuando se produjo el accidente _____

Nota: Si hay más de un lesionado, favor completar relación de lesionados anexa.

TESTIGOS

NOMBRES

DIRECCION

Fecha

Firma del asegurado

Firma conductor
(si no es el asegurado)