

DAÑOS A LA PROPIEDAD AJENA

Dueño del Vehículo:			Cédula/ R.U.C.:
Dirección:			
Tel. Residencia:	Oficina:	Fax:	E-mail:
Nombre del Conductor:			Cédula/ R.U.C.:
Dirección del Conductor:			
Tel. Residencia	Oficina:	Fax:	E-mail:
Año:	Marca:	Modelo:	Placa:
Indique los daños al Vehículo del tercero:			
Tiene Seguro: Si No			Compañía de Seguros:
			No. de Póliza

EN CASO DE MAS DE UN AFECTADO

Dueño del Vehículo:			Cédula/ R.U.C.:
Dirección:			
Tel. Residencia:	Oficina:	Fax:	E-mail:
Nombre del Conductor:			Cédula/ R.U.C.:
Dirección del Conductor:			
Tel. Residencia	Oficina:	Fax:	E-mail:
Año:	Marca:	Modelo:	Placa:
Indique los daños al Vehículo del tercero:			
Tiene Seguro: Si No			Compañía de Seguros:
			No. de Póliza

PERSONAS LESIONADAS

Nombre:		Edad:	
Dirección:		Teléfono:	
Heridas Sufridas:			
Pasajero:	Conductor:	Carro Asegurado:	Otro Carro: Peatón:
Nombre:		Edad:	
Dirección:		Teléfono:	
Heridas Sufridas:			
Pasajero:	Conductor:	Carro Asegurado:	Otro Carro: Peatón:
Nombre:		Edad:	
Tiene Seguro Si No		Teléfono:	
Heridas Sufridas:			
Pasajero:	Conductor:	Carro Asegurado:	Otro Carro: Peatón:

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 del Ajustador / Inspector