

## INFORME DE ACCIDENTE DE AUTOMÓVIL

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

### DATOS GENERALES

Asegurado	Nombre completo		Cédula / RUC:		
	Dirección Actual:				
	Teléfono de Residencia:		Tel. Oficina	Celular:	
	e-mail:			Apartado Postal	

Auto Asegurado	Marca:	Modelo	Año	Placa
----------------	--------	--------	-----	-------

Conductor al momento del accidente (no completar si es el asegurado)	Nombre del Conductor:		Cédula / RUC:	
	Dirección:		Fecha de Nacimiento: D / M / A	
	Teléfono de Residencia:		Tel. Oficina	Celular:

### DETALLES DEL ACCIDENTE

Detalle del siniestro	Fecha del accidente: D / M / A		Hora	Lugar
	Indique los daños del vehículo Asegurado:			

(Si es robo adjunte la denuncia o ampliación)	Se considera usted responsable del accidente:    Sí _____ No _____			
	Parte policivo	Sí	No	Nº. De Boleta:
				Fecha de citación D / M / A

### DESCRIPCIÓN DETALLADA DEL ACCIDENTE


Complete el siguiente diagrama mostrando la dirección y las posiciones de los automóviles implicados. Indicando claramente el punto de contacto



Declaro que a mi entender que 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.



**DAÑOS A LA PROPIEDAD AJENA**

Dueño del Vehículo:			Cédula / RUC:
Dirección:			
Teléfono de Residencia:	Oficina:	Celular:	Email:
Nombre del conductor:			Cédula / RUC:
Dirección del conductor:			
Teléfono de Residencia:	Oficina:	Celular:	Email:
Marca	Modelo:	Año:	Placa:
Indique los daños al Vehículo del tercero:			
Tiene Seguro	Sí	No	Compañía de Seguros
			No. de Póliza

**EN CASO DE MÁS DE UN AFECTADO**

Dueño del Vehículo:			Cédula / RUC:
Dirección:			
Teléfono de Residencia:	Oficina:	Celular:	Email:
Nombre del conductor:			Cédula / RUC:
Dirección del conductor:			
Teléfono de Residencia:	Oficina:	Celular:	Email:
Año:	Marca:	Modelo:	Placa:
Indique los daños al Vehículo del tercero:			
Tiene Seguro	Sí	No	Compañía de Seguros:
			No. de Póliza:

**PERSONAS LESIONADAS**

1. Lesionado Nombre:			Edad:	
Dirección:			Teléfono:	
Heridas Sufridas:				
Pasajero	Conductor	Carro Asegurado	Otro Carro	Peatón
2. Lesionado Nombre:			Edad:	
Dirección:			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, la facultará a la compañía para considerar rescindida del pleno derecho de mi póliza.

Fecha: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma del Conductor / Asegurado

\_\_\_\_\_  
Firma del Asegurado/ Inspector