

Póliza: _____ Reclamo: _____ Taller seleccionado: _____

DATOS DEL ASEGURADO			
Nombre completo:			
Dirección actual:			Cédula/RUC:
Tel. Residencia:	Tel. Oficina:	Celular:	E-mail:
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: (DD/MM/AAAA) ____/____/____	
Tel. de Residencia:	Tel. Oficina:	Celular:	
DETALLE DEL SINIESTRO			
Fecha del accidente: D /M /A		Hora:	Lugar:
Indique los daños del vehículo asegurado:			
¿Se considera usted responsable del accidente? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		¿Hubo parte policivo? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
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:



DAÑOS A LA PROPIEDAD AJENA			
Dueño del Vehículo:		Cédula / RUC:	
Dirección:			
Tel. de residencia:	Oficina:	Celular:	
E-mail:			
Nombre del conductor:		Cédula / RUC:	
Dirección del conductor:			
Teléfono de residencia:	Oficina:	Celular:	
E-mail:			
Marca:	Modelo:	Año:	Placa:
Indique los daños al Vehículo del tercero:			
Tiene Seguro Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		Compañía de Seguros	No. de Póliza

EN CASO DE MÁS DE UN AFECTADO			
Dueño del Vehículo:		Cédula / RUC:	
Dirección:			
Teléfono de residencia:	Oficina:	Celular:	
E-mail:			
Nombre del conductor:		Cédula / RUC:	
Dirección del conductor:			
Teléfono de residencia:	Oficina:	Celular:	
E-mail:			
Año:	Marca:	Modelo:	Placa:
Indique los daños al Vehículo del tercero:			
Tiene Seguro Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		Compañía de Seguros:	No. de Póliza:
PERSONAS LESIONADAS			
1. Lesionado nombre:			Edad:
Dirección:			Teléfono:
Heridas sufridas:			
Pasajero <input type="checkbox"/>	Conductor <input type="checkbox"/>	Carro asegurado <input type="checkbox"/>	Otro carro <input type="checkbox"/> Peatón <input type="checkbox"/>
2. Lesionado nombre:			Edad:
Dirección:			Teléfono:
Heridas sufridas:			
Pasajero <input type="checkbox"/>	Conductor <input type="checkbox"/>	Carro asegurado <input type="checkbox"/>	Otro carro <input type="checkbox"/> Peatón <input type="checkbox"/>

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.

El firmante del presente documento reconoce que Acerta Compañía de Seguros, S.A., filiales, reaseguradoras, socios estratégicos o de negocio y Grupo Económico, cuando sea necesario y requerido, podrán acceder, usar, compartir, manejar, tratar y/o custodiar los datos personales para las finalidades y alcances específicos relacionados con la gestión de sus productos, negociación, servicios y/o contratación de las Pólizas de Seguros o Fianzas, para el uso en el desarrollo de su actividad comercial y servicios financieros, así como se compromete, a mantener la confidencialidad de la información, en concordancia con la Ley No. 12 del 3 de abril de 2012 y la Ley de Protección de Datos Personales No. 81 del 26 de marzo de 2019. Para ampliar información sobre nuestra política de protección de datos podrá referirse a nuestra página web www.acertaseguros.com.

Fecha: _____

Teléfono: _____

Firma del conductor / Asegurado

Firma del asegurado / Inspector