



## REPORTE DE ACCIDENTE DE VEHICULOS

**TODAS LAS PREGUNTAS DE ESTE FORMULARIO DEBEN SER CONTESTADAS**

Nombre del Asegurado \_\_\_\_\_ Póliza No. \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_ Telefono \_\_\_\_\_

### AUTOMOVIL ASEGURADO

Marca y Tipo \_\_\_\_\_ Modelo \_\_\_\_\_ Ref # \_\_\_\_\_

Chassis No. \_\_\_\_\_ Placa No. \_\_\_\_\_

Que uso se le daba en el momento del accidente? \_\_\_\_\_

### EL CONDUCTOR

Nombre de la persona que conducia \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_ Telefono \_\_\_\_\_

Quien lo autorizó? \_\_\_\_\_ Que relacion tiene? \_\_\_\_\_

Edad \_\_\_\_\_ Tenia licencia? \_\_\_\_\_ Numero \_\_\_\_\_

### EL ACCIDENTE

Fecha \_\_\_\_\_ Lugar \_\_\_\_\_ Hora \_\_\_\_\_ AM  
PM

En que direccion iba el vehiculo asegurado? \_\_\_\_\_ Velocidad \_\_\_\_\_

En que lado de la calle? \_\_\_\_\_ Tenia las luces encendidas? \_\_\_\_\_

En caso de colisión con otro, en que direccion iba este? \_\_\_\_\_

En que lado de la calle? \_\_\_\_\_ Velocidad  
aproximada \_\_\_\_\_

Quien conducia el otro vehiculo? \_\_\_\_\_

Describa el accidente en detalle y haga un diseño a continuación indicando lo que crea ayudara a comprender con facilidad el accidente \_\_\_\_\_

---

---

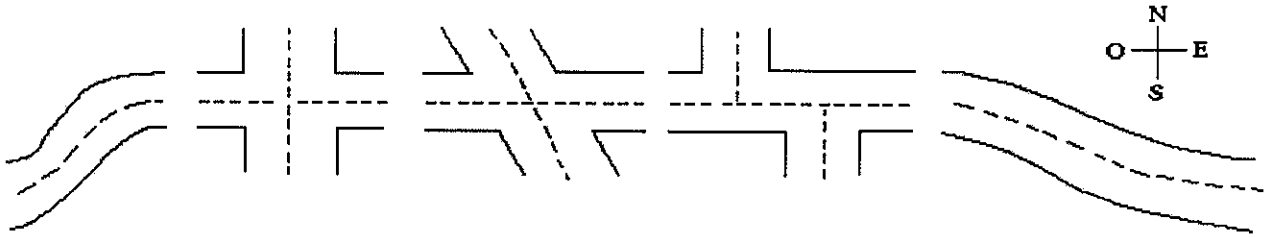
---

---

Se levanto acta policial? Si ( ) No ( ) Especifique en caso negativo \_\_\_\_\_

**IMPORTANTE: DEBE ANEXARSE ACTA POLICIAL CERTIFICADA**

Indique con una flecha la dirección de los vehículos. →



**DAÑOS A LA PROPIEDAD AJENA**

Nombre del Propietario: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ tel. \_\_\_\_\_

Compañía aseguradora: \_\_\_\_\_

Número de placa \_\_\_\_\_ Marca \_\_\_\_\_ Tipo \_\_\_\_\_

Descripción de los daños \_\_\_\_\_

Si además se produjeron otros daños a la propiedad de otras personas, dé los datos en hoja aparte.

**LESIONES A PERSONAS**

Nombre de la persona lesionada \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_ Ocupación \_\_\_\_\_

Naturaleza de las lesiones \_\_\_\_\_

¿Qué relaciones tiene con el asegurado? \_\_\_\_\_

¿Dónde fue llevada después del accidente? \_\_\_\_\_

Nombre del doctor que lo atiende \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_

¿En qué lugar estaba la persona lesionada cuando se produjo el accidente? \_\_\_\_\_

Si hay más de un lesionado, deben darse los datos aquí solicitados, en relación con cada uno de ellos por separado, en hoja aparte.

**TESTIGOS**

NOMBRES	DIRECCION
_____	_____

Fecha \_\_\_\_\_

Firma del asegurado \_\_\_\_\_

Firma conductor  
(si no es el asegurado)