

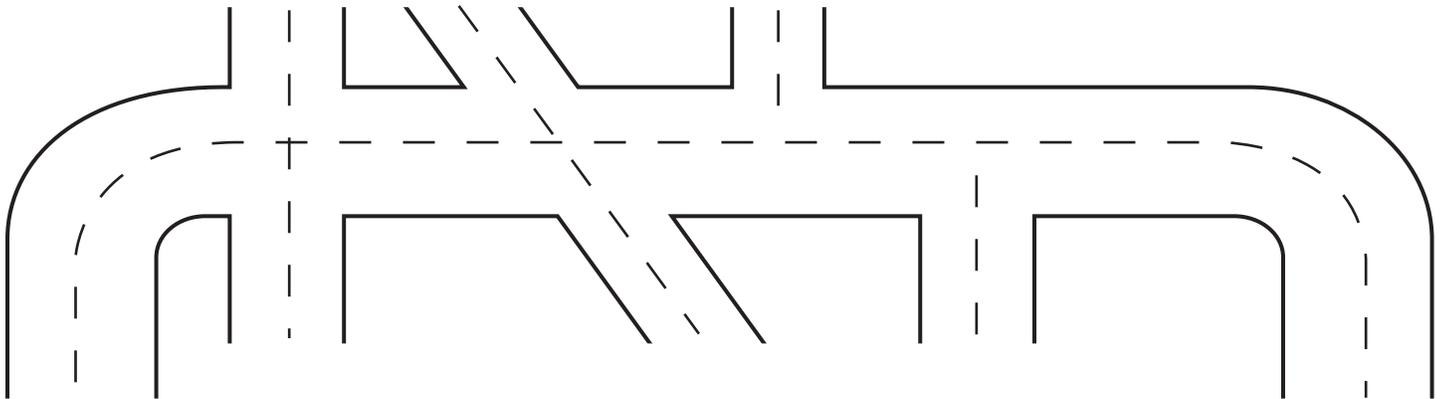
# INFORME DE ACCIDENTE

**RECLAMO No.**

FECHA DE INFORME:		POLIZA No.:			VIGENCIA:								
<table border="1"> <tr> <td>Día</td> <td>Mes</td> <td>Año</td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> </table>		Día	Mes	Año									
Día	Mes	Año											
RIESGOS CUBIERTOS:	L/C	P/A	A/M	COMP.	COL.	INC.	ROBO	OTRO	DEDUCIBLE:				
ACREEDOR HIPOTECARIO:					CORREDOR:								
AUTO ASEGURADO	AÑO	MARCA	MODELO	No. MOTOR		No. MOTOR		PLACA					
ASEGURADO	NOMBRE:						TEL OFIC.:						
	DIRECCION:						TEL RES.:						
DATOS DEL ACCIDENTE	FECHA DEL ACCIDENTE	HORA	a.m.	LUGAR:									
	CONDUCTOR:		DIRECCION:			EDAD:	TEL. RES.:						
	RELACION CON EL ASEGURADO:	USO DEL AUTO AL MOMENTO DEL ACCIDENTE:		LICENCIA No.:		TEL. OFIC.:							
	DESCRIPCION DE LOS DAÑOS AL AUTOMOVIL ASEGURADO:					RESERVA \$:							
							UD. SE CONSIDERA ...						
							<input type="checkbox"/> INOCENTE <input type="checkbox"/> CULPABLE						
HUBO PARTE POLICIVO?: Sí <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		FECHA Y LUGAR DEL JUICIO:											
DATOS DE LA PARTE CONTRARIA	DUEÑO:		DIRECCION RESIDENCIA:			TEL.:							
			DIRECCION OFICINA:			TEL.:							
	CONDUCTOR:		DIRECCION RESIDENCIA:			TEL.:							
			DIRECCION OFICINA:			TEL.:							
	ESPECIFIQUE DAÑOS DEL AUTOMOVIL:					RESERVA \$:							
AÑO		MARCA	MODELO	¿ESTA ASEGURADO?	COMPAÑIA DE SEGUROS:								
PERSONAS LESIONADAS	NOMBRE	DIRECCION	EDAD	PASAJERO		PEATON	HERIDAS						
				AUTO ASEG.	OTRO AUTO								
TESTIGOS	NOMBRE		DIRECCION			TELEFONO							

## DESCRIPCION DEL ACCIDENTE

COMPLETE EL SIGUIENTE DIAGRAMA, MOSTRANDO LA DIRECCION Y LAS POSICIONES DE LOS AUTOMÓVILES IMPLICADOS. INDIQUE CLARAMENTE EL PUNTO DE CONTACTO.



DECLARO QUE A MI ENTENDER LOS DETALLES DESCRITOS, SE AJUSTAN A LA VERDAD Y SON CORRECTOS. CUALQUIER DECLARACION FALSA EN ESTE FORMULARIO, FACULTARÁ A LA COMPAÑÍA PARA CONSIDERAR RESCINDIDA DE PLENO ERECHO A MI PÓLIZA.

FECHA:

Día	Mes	Año

\_\_\_\_\_  
CONDUCTOR

\_\_\_\_\_  
ASEGURADO

INFORMACION ADICIONAL: \_\_\_\_\_