

## DECLARACION DE ACCIDENTE DE VEHICULOS

Asegurado: \_\_\_\_\_ Siniestro No.: \_\_\_\_\_  
Dirección: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_  
Póliza: \_\_\_\_\_ Item: \_\_\_\_\_ Agente/Broker: \_\_\_\_\_

### VEHICULO ASEGURADO

Marca: \_\_\_\_\_ Modelo: \_\_\_\_\_ Tipo: \_\_\_\_\_ Color: \_\_\_\_\_  
Placas: \_\_\_\_\_ Motor: \_\_\_\_\_ Chasis: \_\_\_\_\_  
Detalles de los daños: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

¿Dónde se halla el vehículo para su inspección?: \_\_\_\_\_  
¿Taller donde será reparado?: \_\_\_\_\_

### DATOS DEL ACCIDENTE

Lugar: \_\_\_\_\_ Velocidad: \_\_\_\_\_  
Fecha: \_\_\_\_\_  
Hora: \_\_\_\_\_ Con a: \_\_\_\_\_

Explique detalladamente como ocurrió el accidente: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

A juicio del conductor del vehículo asegurado, ¿Quién es el responsable del accidente?: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

### CONDUCTOR VEHICULO ASEGURADO

Nombres y apellidos: \_\_\_\_\_  
Dirección: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_  
Relación con el asegurado: \_\_\_\_\_  
Licencia No.: \_\_\_\_\_ Categoría: \_\_\_\_\_ Expedida en: \_\_\_\_\_  
Válida hasta: \_\_\_\_\_

**DATOS SOBRE EL CONTRARIO:  
VEHICULO**

Marca: \_\_\_\_\_ Tipo: \_\_\_\_\_ Placas: \_\_\_\_\_ Color: \_\_\_\_\_

Asegurado en la Compañía: \_\_\_\_\_ Póliza No: \_\_\_\_\_

Propietario: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Conductor: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Intervinieron otros vehículos o resultaron perjudicados, facilite los datos: \_\_\_\_\_

**DETALLE DE DAÑOS**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

¿Dónde se halla el vehículo para la inspección?: \_\_\_\_\_

Taller donde será reparado: \_\_\_\_\_

**TESTIGOS DEL ACCIDENTE NOMBRES Y DIRECCIONES**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**INTERVENCION DE AUTORIDADES**

¿Qué agentes tomaron nota del parte?: \_\_\_\_\_

¿Qué juzgado interviene en el caso?: \_\_\_\_\_

¿Está detenido el conductor?: \_\_\_\_\_

**PERSONAS HERIDAS**

Nombre: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Heridas: \_\_\_\_\_

Nombre del Médico y Hospital: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Observaciones del asegurado: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

El que suscribe declara que los datos son verdaderos en todas sus partes

En \_\_\_\_\_ a, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ del 20 \_\_\_\_\_  
(FIRMA DEL ASEGURADO)

NOTA: La falsa declaración dará lugar a la negativa del caso por la Compañía.

**CROQUIS DEL LUGAR DEL ACCIDENTE**

