

Aviso de siniestro de automóviles



Nº Siniestro	Asegurado		
Nº Teléfono	Dirección		
PÓLIZA	ANEXO	ITEM	AGENTE BROKER

VEHÍCULO ASEGURADO

Marca	Modelo	Tipo	Color
Placas	Motor	Chasis	Año
NOMBRE DEL CONDUCTOR AL MOMENTO DEL ACCIDENTE Y EDAD			
Nombre	C.I.	Edad	
Licencia Nº	Tipo	Vigencia desde	Hasta

DETALLE DE LOS DAÑOS

DONDE SE HALLA EL VEHÍCULO PARA SU INSPECCIÓN

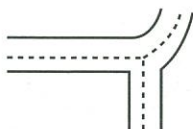
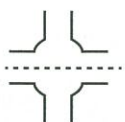
DATOS DEL ACCIDENTE

Lugar	Fecha	Hora
-------	-------	------

INDIQUE DETALLADAMENTE COMO OCURRIÓ EL ACCIDENTE

A JUICIO DEL CONDUCTOR DEL VEHÍCULO ASEGURADO, QUIÉN ES EL RESPONSABLE DEL ACCIDENTE?

CROQUIS DEL LUGAR DEL ACCIDENTE



Márquese en uno de los gráficos la posición del choque y la víctima, y la dirección que cada uno llevaba o la de ambos, especificando los nombres de las calles y/o avenidas

LA FALSA DECLARACION, FRAUDULENTO O ENGANOSA PRODUCIRA LA PERDIDA DEL DERECHO A INDEMNIZACION

NOTA: EL PRESENTE FORMULARIO HA SIDO APROBADO POR LA SUPERINTENDENCIA DE BANCOS CON RESOLUCION No 77-55-S. Del 31 de Mayo de 1977

FIRMA ASEGURADO

FIRMA TERCERO

Fecha

EL QUE SUSCRIBE DECLARA QUE LOS DATOS SON VERDADEROS EN TODAS SUS PARTES

OBSERVACIONES

INDIQUE LOS OCUPANTES DEL VEHICULO ASEGURADO

Familia

Parentesco

Amigo/socio

Empleado

DAÑOS CORPORALES (INDICAR NOMBRES, DIRECCIONES Y DONDE RECIBEN ASISTENCIA MEDICA)

INDIQUE SI HAY TESTIGO (S) DEL ACCIDENTE Y QUE AUTORIDAD (ES) INTERVINIERON

DÓNDE SE HALLA EL VEHICULO PARA SU INSPECCIÓN?

DETALLE LOS DAÑOS

INTERVINIERON OTROS VEHICULOS O RESULTARON PERJUDICADOS, FACILITE DATOS.

Propietario	Conductor	Dirección		Matrícula	Color	Nº Póliza
Año		Tiene Seguro		Nombre Cia. Aseg.		
Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	Placas		Tipo		
Marca		Tipo		Placas		

DATOS SOBRE EL CONTRARIO