



Persona física	Nombres	Apellidos	Cédula
Empresa	No. de Póliza AU		
Dirección	Calle y número	Apartamento y Edificio	
	Sector	Ciudad	
Teléfono Res	Oficina	Celular	

Marca del vehículo: _____ Tipo: _____
 Chasis No. _____ Modelo: _____
 Año: _____ Placa : _____ Color: _____ ☐ Público ☐ Privado

Nombre											Cédula									
Dirección	Calle y número										Apartamento y Edificio									
	Sector										Ciudad									
¿Qué relación tiene con el asegurado?																				
¿Dónde estaba el asegurado en el momento del accidente?																				

Fecha	Día Mes Año	Hora: _____	Lado de la calle: ☐ Izquierdo ☐ Derecho	Velocidad: _____
-------	---	-------------	---	------------------

En que dirección se trasladaba el vehículo del asegurado _____

Lugar donde ocurrió el accidente: _____

Descripción del daño del Vehículo: _____

Ubicación del vehículo actualmente: _____

Dirección en la que se trasladaba el vehículo de colisión _____

¿Cuál de los dos vehículos iba por vía de preferencia? : _____

¿Causa del accidente? _____

¿Se considera culpable del accidente: ☐ Si ☐ No En caso de demanda ¿Está dispuesto a asistir al tribunal cuantas veces sea citado? ☐ Si ☐ No

Describe el accidente indicando los datos que podrán ser útil para comprender con facilidad la causa del accidente _____

Daños a la Propiedad de Otros:

☐ Vehículo ☐ Otros Propietario _____ Teléfono: _____
Año _____ Chasis No. _____ Marca del vehículo _____
☐ Público ☐ Privado Placa Vehículo _____ Conductor _____
Teléfono: _____

¿Con qué compañía está asegurado? _____ Póliza No.: | | - | | | | | | | | | |

**Si además se produjeron daños a la propiedad de otras personas, favor incluir los datos en una hoja anexa.*

Descripción daño _____

Lesión a Personas

Nombre y Apellido: _____

Dirección _____

Ocupación _____ Naturaleza de las lesiones _____

Ubicación de la persona lesionada, en el momento que se produjo el accidente _____

Relación con el Asegurado _____ Lugar donde fue trasladado después del accidente _____

Hospital o clínica donde fue trasladado después del accidente: _____

**Si existe más de una persona lesionada, incluir los datos anteriormente solicitados, en relación con cada uno de ellos por separado, en una hoja anexa.*

Pasajeros del Vehículo Asegurado:

Nombre y Apellido: _____

Dirección y teléfono _____

¿Dónde se encontraba al momento del accidente? : _____

Relación con el Asegurado: _____

Tipo de lesión del pasajero: _____

Testigos Importantes del Accidente

Nombres y Apellidos

1. _____ Teléfono: | | | | | | | | | |

2. _____ Teléfono: | | | | | | | | | |

3. _____ Teléfono: | | | | | | | | | |

¿Cuáles autoridades intervinieron? _____

Comentarios adicionales: _____

El asegurado afirma que todos los datos suministrados son ciertos y que fueron otorgados libre y voluntariamente.

Asegurado (Firma y sello)

Firma del conductor

Fecha | | | | |
Día Mes Año

Corredor (Firma y sello)

Los accidentes deben ser avisados inmediatamente a la compañía o en las siguientes 24 horas, anexando o remitiendo posteriormente toda la información o notificación que reciba el asegurado en relación con el mismo.