

FORMULARIO AVISO DE SINIESTRO



Por favor responda cada una de las siguientes preguntas y envíese este documento a la compañía aseguradora, adjuntar fotocopia de: licencia, denuncia, parte de novedades, matrícula.

EL ASEGURADO	Nombre: _____ Celular: _____
	Dirección: _____ Póliza No.: _____

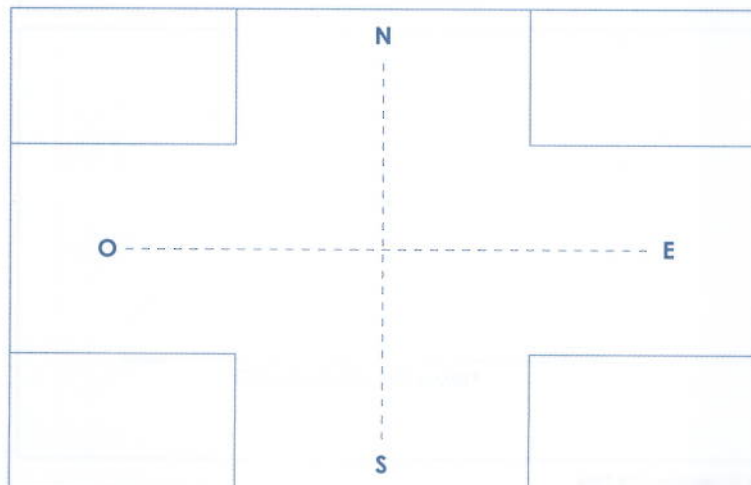
VEHÍCULO ASEGURADO	Marca: _____ Año: _____ Modelo: _____
	Tipo: _____ Tipo Cabina: _____ Color: _____
	Motor: _____ Placa: _____
	Chasis No.: _____ Cantidad puertas: _____

EL CONDUCTOR	¿Era el vehículo manejado por el asegurado? Sí <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
	¿Si no era conducido por él, quién lo autorizó? _____
	¿Qué relación tiene el asegurado? _____
	Nombre: _____ Edad: _____
	Dirección: _____ Profesión: _____
Clase de licencia: Profesional <input type="checkbox"/> Sportman <input type="checkbox"/>	

EL ACCIDENTE	Fecha del Accidente: _____ Hora: _____
	Lugar: (ciudad, calle, carretera) _____
	¿En qué dirección rodaba el vehículo asegurado? _____
	_____ Velocidad: _____
	Explique detalladamente el accidente o la pérdida y complemente el diagrama _____
	_____ _____ _____ _____

CROQUIS DEL LUGAR DEL ACCIDENTE

SI NO ADAPTA EL CROQUIS, FAVOR USAR ESPACIO EN BLANCO



**DAÑOS AL
VEHÍCULO
ASEGURADO**



Descripción del daño o la pérdida: _____

¿Intervino la autoridad correspondiente? Sí NO
¿Hubo parte policial? Sí NO
¿Ubicación del vehículo siniestrado asegurado? _____

**DAÑOS A
TERCEROS
RESP.
CIVIL**

VEHÍCULO VIVIENDA
Nombre del propietario: _____
Dirección: _____
Si es un vehículo proporcione: Placas: _____
Marca: _____ Tipo: _____ Color: _____
Asegurado en la compañía: _____
Detalle de daños: _____

**TESTIGOS
DEL
ACCIDENTE**

Nombres y direcciones de cada una de las personas que sepan acerca del accidente, inclusive de los ocupantes: _____

¿Qué agente estuvo presente? _____

**PERSONAS
HERIDAS**

Nombres y direcciones: _____

¿Qué relación tiene con el Asegurado? _____

Nombre del Médico y Hospital donde recibieron los primeros auxilios _____

Descripción de las lesiones: _____

Lugar y fecha: _____
FIRMA DEL ASEGURADO _____