



Número de Reclamo	Número de Asistencia
-------------------	----------------------

I. DATOS DE LA PÓLIZA

Póliza:	Certificado No.:	Vigencia de Póliza:	Intermediario:
---------	------------------	---------------------	----------------

II. DATOS DEL ASEGURADO

Nombre Apellido y/o Empresa:	Teléfono:	Correo Electrónico:
------------------------------	-----------	---------------------

III. DATOS DEL CONDUCTOR

Nombres y Apellidos:	DPI / Pasaporte:	NIT:	Teléfono:
----------------------	------------------	------	-----------

Fecha de nacimiento:	Edad:	Licencia No.:	Tipo:	Vigencia:	Sexo: M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	Celular:
----------------------	-------	---------------	-------	-----------	--	----------

Dirección:	Correo electrónico:
------------	---------------------

IV. DATOS DEL VEHÍCULO

Marca:	Línea:	Tipo:	Modelo (Año):
--------	--------	-------	---------------

Placa:	Color:	Chasis / VIN:	Motor:
--------	--------	---------------	--------

V. DETALLES DEL SINIESTRO

Dirección del Siniestro:	Departamento:
--------------------------	---------------

Fecha de Ocurrencia:	Fecha de Notificación:	Hora:	Conducido por: Propietario <input type="checkbox"/> Cónyuge <input type="checkbox"/> Hijo <input type="checkbox"/> Chofer <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/>
----------------------	------------------------	-------	---

Causa del Siniestro: Colisión <input type="checkbox"/> Cristales <input type="checkbox"/> Incendio <input type="checkbox"/> Daño Malicioso <input type="checkbox"/> Robo <input type="checkbox"/> Hurto <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/>
--

Descripción de cómo ocurrió el Siniestro:

Describe Partes Dañadas:

Tiene otro seguro vigente en el vehículo asegurado: Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Tomó parte la policía: Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Cuál:
--	---

En dónde fueron consignados los vehículos:

VI. LESIONES A LOS OCUPANTES DEL VEHÍCULO ASEGURADO

Nombre y Apellido	DPI	Teléfono	Centro Asistencial

VII. DATOS DE TERCERO					
Culpable: <input type="checkbox"/>			Afectado: <input type="checkbox"/>		
Nombres y Apellidos:		DPI / Pasaporte:	NIT:	Sexo: M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	Fecha de Nacimiento:
Dirección:		Correo Electrónico:		Teléfono	
Nombres y Apellidos:		DPI / Pasaporte:	NIT:	Sexo: M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	Fecha de Nacimiento:
Dirección:		Correo Electrónico:		Teléfono	
VIII. DATOS DE VEHÍCULOS TERCERO					
Marca	Línea	Tipo	Año	Placa	Chasis / VIN
Descripción de Partes Dañadas:					
IX. OBSERVACIONES					
X. OTRAS PROPIEDADES DAÑADAS DE TERCEROS:					
Encargado	Tipo de propiedad	DPI / Pasaporte	Teléfono		
XI. DATOS DEL TERCERO RESPONSABLE DEL ACCIDENTE					
Nombre y Apellido	Dirección de domicilio	Teléfonos	DPI	NIT	
XII. LUGAR EN EL QUE SE ENCUENTRAN LOS VEHÍCULOS:					
<p>Declaro firmemente que todos los datos relativos al accidente y a mi reclamación, han sido escritos y registrados fielmente. Estoy dispuesto a facilitar toda la información que Ficohsa Seguros, S.A. me solicite en relación al accidente y a cualquier indemnización.</p> <p>Hago el compromiso de no aceptar ninguna responsabilidad sin la autorización escrita de Ficohsa Seguros, S.A. y de informar inmediatamente cualquier notificación o reclamación que reciba como consecuencia de este accidente.</p> <p>NOTA: 1. Ficohsa Seguros, S.A. podrá solicitar documentos adicionales que sean necesarios para la evaluación y trámite de este Siniestro. 2. Por este medio autorizo a todos los prestadores de servicios, incluyendo pero no limitado a talleres, médicos, Hospitales, Autoridades de Tránsito a suministrar a Ficohsa Seguros, S.A. cualquier información necesaria para la debida evaluación y análisis.</p>					

Lugar y Fecha: _____

Firma Conductor / Asegurado o Representante

