

DECLARACIÓN DE ACCIDENTE DE AUTOMÓVIL



N° Siniestro:	N° Póliza:	Inciso:	Vigencia:	Agente:
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Del: <input type="text"/> al: <input type="text"/>	<input type="text"/>
Se atendió Emergencia:		Hay recuperación:		Ajustador:
<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No		<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No		N°: <input type="text"/>
Saldo:	Alcance corto Plazo:	Próximo pago:	Ajustador Asignado:	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	N°: <input type="text"/>	

Dirección del lugar del accidente:

El responsable del accidente es: Existe conocimiento de deuda: Atendió la Policía: N° de Patrulla: Cuerpo de Policía:

El Tercero El Asegurado Si No Si No

Datos del vehículo asegurado

ASEGURADO

Nombre completo:

Dirección:

Teléfono:

Correo electrónico:

VEHÍCULO

Marca: Año:

Modelo: Serie:

Color: N° de Placa:

N° chasis:

N° de motor:

ASEGURADO

Nombre completo:

Dirección:

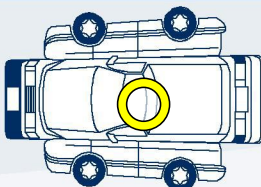
Edad: N° de licencia:

Relación con el Asegurado:

AGENTE:

MUY IMPORTANTE:
Lea detenidamente este documento antes de llenarlo. Complete toda la información requerida en los espacios en blanco, con letra de molde; y envíelo cuanto antes al Depto. Reclamos de Seguros Universales, 4ª Calle 7-73, Zona 9.

Marque con un círculo el lugar del daño:



Coberturas Afectadas

Sección I:

Choque
 Otros Daños
 Robo
 Uso grúa
 Robo parcial

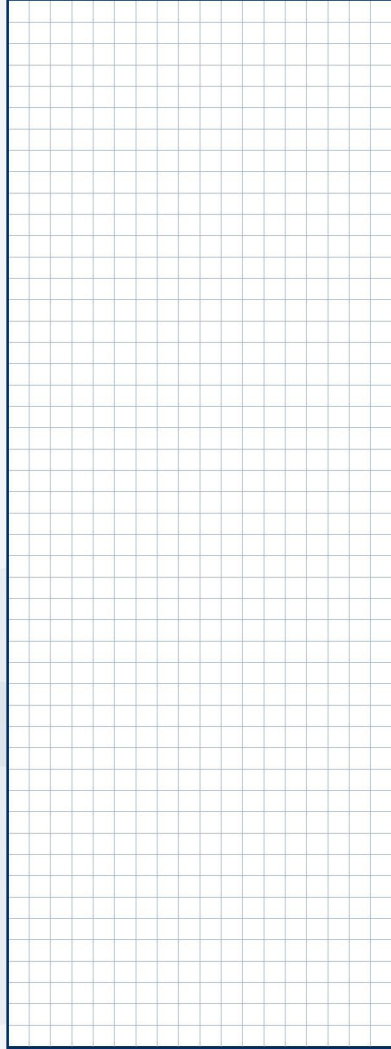
Sección II:

Daños a terceros
 Uso asesoría legal

Sección III:

Lesiones a ocupantes

Croquis del accidente
(dibuje la situación de los vehículos al momento del siniestro)



Continúa en la parte de atrás

Datos del vehículo tercero

TERCERO

Nombre completo:

Dirección:

Teléfono:

Correo electrónico:

VEHÍCULO

Marca: Año:

Modelo: Serie:

Color: N° de Placa:

N° chasis:

N° de motor:

CONDUCTOR

Nombre completo:

Dirección:

Edad: N° de licencia:

Relación con el Asegurado:

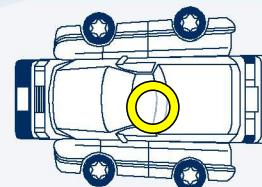
DATOS DE LA PÓLIZA

Compañía:

N° de Póliza:

Vigencia:

Marque con un círculo el lugar del daño:



Descripción de daños al vehículo asegurado

Descripción de daños al vehículo tercero

Relato del accidente y culpabilidad

Daños causados a personas

Apellidos:	Nombres:	Edad:
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Domicilio:	Teléfonos:	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Estado del lesionado:	<input type="checkbox"/> Muerte	<input type="checkbox"/> Muy grave
	<input type="checkbox"/> Grave	<input type="checkbox"/> Leve

Apellidos:	Nombres:	Edad:
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Domicilio:	Teléfonos:	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Estado del lesionado:	<input type="checkbox"/> Muerte	<input type="checkbox"/> Muy grave
	<input type="checkbox"/> Grave	<input type="checkbox"/> Leve

Apellidos:	Nombres:	Edad:
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Domicilio:	Teléfonos:	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Estado del lesionado:	<input type="checkbox"/> Muerte	<input type="checkbox"/> Muy grave
	<input type="checkbox"/> Grave	<input type="checkbox"/> Leve

Daños causados a personas

Objeto y daño:	
<input type="text"/>	
Propietarios:	
<input type="text"/>	
Domicilio:	Teléfonos:
<input type="text"/>	<input type="text"/>

Daños causados a personas

Apellidos:	Nombres:	Edad:
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Domicilio:	Teléfonos:	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	
El testigo es:	<input type="checkbox"/> Ocupante	<input type="checkbox"/> Peatón
	<input type="checkbox"/> Otros	

Apellidos:	Nombres:	Edad:
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Domicilio:	Teléfonos:	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	
El testigo es:	<input type="checkbox"/> Ocupante	<input type="checkbox"/> Peatón
	<input type="checkbox"/> Otros	

Otros datos de interés

Firma del Asegurado:

--