

Reclamo No. \_\_\_\_\_

Póliza No. 

Nombre del Asegurado: \_\_\_\_\_

Dirección para envío de correspondencia: \_\_\_\_\_

Teléfono fijo: \_\_\_\_\_ Celular: \_\_\_\_\_ E-mail: \_\_\_\_\_

Dirección en donde ocurrió el siniestro: \_\_\_\_\_

Fecha del accidente:    Hora: \_\_\_\_\_ ¿Utilizó el servicio de la asistencia? SI  NO 

Si su respuesta es NO ¿Por qué? \_\_\_\_\_

**DATOS DEL VEHÍCULO ASEGURADO**

Marca: \_\_\_\_\_ Modelo: \_\_\_\_\_ Año: \_\_\_\_\_

Motor No.: \_\_\_\_\_ Chasis No.: \_\_\_\_\_

No. de Placa: \_\_\_\_\_ No. de Unidad: \_\_\_\_\_

**DATOS DEL CONDUCTOR DEL VEHÍCULO ASEGURADO**

Nombre de la persona que conducía el vehículo en el momento de ocurrir el accidente: \_\_\_\_\_

¿Qué relación o parentesco tiene con el asegurado? \_\_\_\_\_

Número de identidad: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Licencia tipo: \_\_\_\_\_ Número: \_\_\_\_\_ Fecha de vencimiento: \_\_\_\_\_

Dirección del conductor: \_\_\_\_\_ Teléfono fijo: \_\_\_\_\_ Celular: \_\_\_\_\_

**INFORMACION RELACIONADA CON EL ACCIDENTE**

¿A quién se atribuye la responsabilidad del Accidente? \_\_\_\_\_

¿Qué autoridad tuvo conocimiento del accidente? \_\_\_\_\_

¿En dónde se encuentra el vehículo asegurado? \_\_\_\_\_

Si el vehículo fue detenido, indique ¿en dónde se encuentra y qué comisaría o juzgado conoce del caso? \_\_\_\_\_

Describa con pormenores el accidente y utilice el dibujo que aparece a continuación para mostrar gráficamente la posición del vehículo que usted conducía y el (los) otro (s) en caso de que hubiera (n), agregando todo lo que usted considere sea importante: \_\_\_\_\_

---

---

---

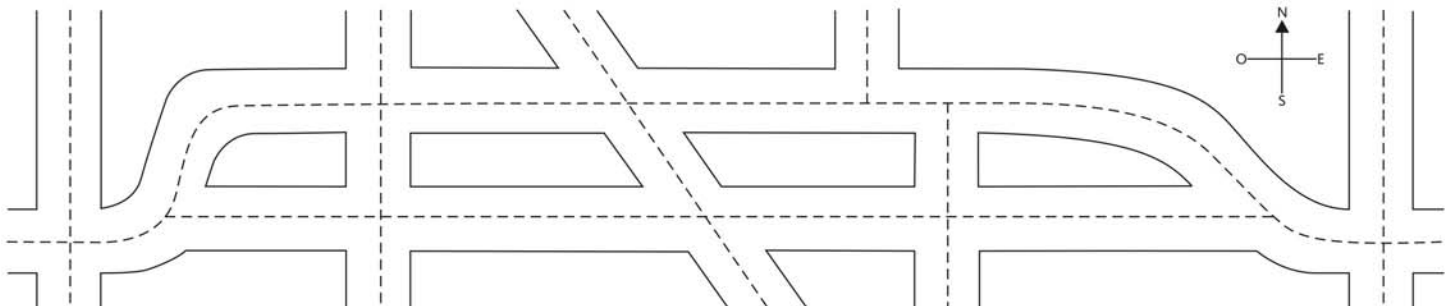
---

---

---

---

---



Descripción de los daños al vehículo asegurado: \_\_\_\_\_

---

---

---

**DATOS DE ACOMPAÑANTES**

Nombre

Dirección

Teléfono

**DATOS DE TESTIGOS (SI ESTÁ DISPONIBLE)**

Nombre de testigos

Dirección

Teléfono

**DATOS DEL CULPABLE**

Nombre de la persona que conducía el vehículo: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Teléfono fijo: \_\_\_\_\_ Celular: \_\_\_\_\_

Edad: \_\_\_\_\_ Licencia tipo: \_\_\_\_\_ Número: \_\_\_\_\_ Fecha de vencimiento: \_\_\_\_\_

Marca del vehículo: \_\_\_\_\_ Modelo: \_\_\_\_\_ Año: \_\_\_\_\_

Motor No.: \_\_\_\_\_ Chasis No.: \_\_\_\_\_ No. de Placa: \_\_\_\_\_

Nombre y dirección del propietario del vehículo: \_\_\_\_\_

¿Hay compromiso de pago firmado? Si  No 

OBSERVACIONES

**DATOS DE EL (LOS) TERCERO(S) AFECTADO(S)**

<b>A. Daños a la Propiedad Ajena:</b>	<b>Item 1</b>	<b>Item 2</b>
Bien afectado		
Nombre del propietario		
Número telefónico fijo/móvil		
Dirección		
Características del bien afectado		
¿En qué lugar se encuentra el bien?		
Descripción del daño		

**B. Lesiones a Personas**

Nombre de lesionados

Dirección

Teléfono

Tipo de lesiones: \_\_\_\_\_

Si hubo hospitalización, indique en qué hospital(es): \_\_\_\_\_

Nombre:

Identidad:

Firma del Asegurado:

Fecha: