

Póliza No.	Reclamo No.	Taller Seleccionado
------------	-------------	---------------------

<b>Asegurado</b>	Nombre Completo			Cédula / RUC				
	Dirección Actual							
	Teléfono Residencia			Oficina		Celular	Fax	
	E-mail			Apartado Postal				
<b>Conductor al Momento del Accidente (No completar si es el Asegurado)</b>	Nombre del Conductor			Cédula		Sexo <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M		
	Fecha de Nacimiento Día: / Mes: / Año:			Dirección del Conductor				
	Tel. Res.		Oficina		Celular		Fax	E-mail
<b>Vehículo Asegurado</b>	Año	Marca		Modelo		Placa		
	Motor No.			Chasis No.				
<b>Detalle del Siniestro</b>  (si es robo adjunte la denuncia o ampliación)	Fecha de Accidente			Hora		Lugar		
	Indique los daños al Vehículo Asegurado							
Reporte Polícivo <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		Fecha de Audiencia			No. de Boleta			
<b>Daños a la Propiedad Ajena</b>	Dueño del Vehículo			Cédula/RUC				
	Dirección							
	Tel. Res.		Oficina		Celular		Fax	E-mail
	Nombre del Conductor			Cédula				
	Dirección del Conductor							
	Tel. Res.		Oficina		Celular		Fax	E-mail
	Año	Marca		Modelo		Placa		
	Indique los daños al Vehículo del Tercero							
	Tiene Seguro? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		Compañía de Seguros			No. de Póliza		
<b>En Caso de más de un Afectado</b>	Dueño del Vehículo			Cédula/RUC				
	Dirección							
	Tel. Res.		Oficina		Celular		Fax	E-mail
	Nombre del Conductor			Cédula				
	Dirección del Conductor							
	Tel. Res.		Oficina		Celular		Fax	E-mail
	Año	Marca		Modelo		Placa		
	Indique los daños al Vehículo del Tercero							
	Tiene Seguro? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		Compañía de Seguros			No. de Póliza		

Personas lesionadas	Nombre:				Edad:		
	Dirección:				Teléfono:		
	Heridas Sufridas:						
	Pasajero	Carro Asegurado <input type="checkbox"/>	Otro Carro <input type="checkbox"/>	Peatón <input type="checkbox"/>			
	Nombre:				Edad:		
	Dirección:				Teléfono:		
	Heridas Sufridas:						
	Pasajero	Carro Asegurado <input type="checkbox"/>	Otro Carro <input type="checkbox"/>	Peatón <input type="checkbox"/>			
	Nombre:				Edad:		
	Dirección:				Teléfono:		
	Heridas Sufridas:						
	Pasajero	Conductor <input type="checkbox"/>	Carro Asegurado <input type="checkbox"/>	Otro Carro <input type="checkbox"/>	Peatón <input type="checkbox"/>		

Descripción detallada del accidente

---



---



---



---

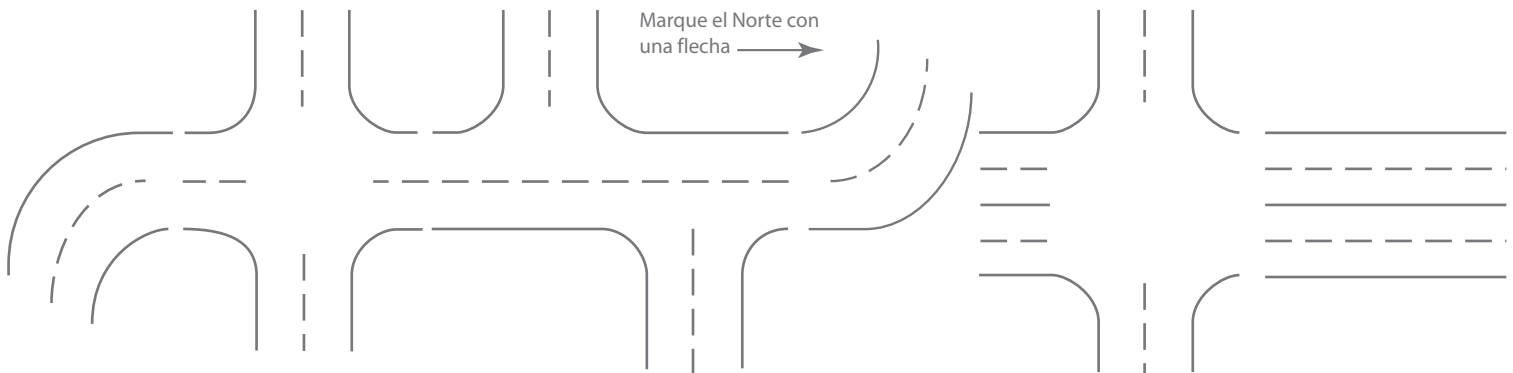


---



---

Complete el siguiente diagrama mostrando la dirección y las posiciones de los automoviles implicados, indicando claramente el punto de contacto



Declaro que a mi entender los detalles descritos, se ajustan a la verdad y son correctos. Cualquier declaración falsa en este formularios, facultará a la compañía para considerar rescindida del pleno derecho de mi Póliza.

Fecha: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma del conductor

\_\_\_\_\_  
Firma del asegurado