

# 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 de Emergencia:
<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 de Planta:	N°: <input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Dirección del lugar del accidente:	Ciudad/Departamento:	Fecha:	Hora:
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
El responsable del accidente es: Existe conocimiento de deuda: Atendió la Policía: N° de Patrulla: Cuerpo de Policía:			
<input type="checkbox"/> El Tercero	<input type="checkbox"/> El Asegurado	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> 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:

**CONDUCTOR**

Nombre completo:

Dirección:

Edad:  N° de licencia:

Fecha de vencimiento:

Relación con el Asegurado:

Nivel académico:

Estado civil:

Uso del Vehículo:

Marque con un círculo el lugar del daño:

**Coberturas Afectadas**

**Sección I:**

Colisión

Otros Daños

Robo

Uso Asesoría Legal

Uso grúa

Robo parcial

**Sección II:**

Daños a terceros

Uso grúa

Lesiones

**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:

**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.

**Descripción de daños al vehículo asegurado**


**Descripción de daños al vehículo tercero**


**Relato del accidente y culpabilidad**


**Daños causados a personas**

Apellidos:	Nombres:	Edad:

Domicilio:	Teléfonos:

Estado del lesionado:     Muerte     Muy grave     Grave     Leve     Ocupante     Tercero

Apellidos:	Nombres:	Edad:

Domicilio:	Teléfonos:

Estado del lesionado:     Muerte     Muy grave     Grave     Leve     Ocupante     Tercero

Apellidos:	Nombres:	Edad:

Domicilio:	Teléfonos:

Estado del lesionado:     Muerte     Muy grave     Grave     Leve     Ocupante     Tercero

**Daños a cosas y/o propiedad ajena**

Objeto y daño:

Propietarios:

Domicilio:	Teléfonos:

**Testigos**

Apellidos:	Nombres:	Edad:

Domicilio:	Teléfonos:

El testigo es:     Ocupante     Peatón     Otros

Apellidos:	Nombres:	Edad:

Domicilio:	Teléfonos:

El testigo es:     Ocupante     Peatón     Otros

**Otros datos de interés**

	Firma del Asegurado:

PARTE DE ACCIDENTE