

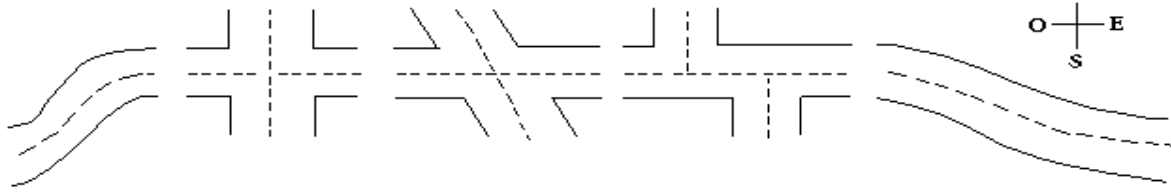
# REPORTE DE ACCIDENTE DE VEHICULOS



DATOS DEL ASEGURADO			
Nombre del Asegurado _____	Póliza No. _____		
Dirección _____			
Teléfonos _____			
Correo Electrónico _____			
VEHICULO ASEGURADO			
Marca _____	Modelo _____	Referencia _____	
Año _____	Chasis No. _____	Placa No. _____	
Uso que le daba en el momento del accidente _____			
DATOS DEL CONDUCTOR			
Nombre de la persona que conducía _____			
Dirección _____			
Teléfonos _____			
Nombre de la persona que lo autorizó _____		Parentezco _____	
Edad _____	Licencia de conducir <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Número _____	
Correo Electrónico _____			
DETALLE DEL ACCIDENTE			
Fecha _____	Lugar _____	Hora <input type="checkbox"/> a.m. <input type="checkbox"/> p.m.	
Dirección en la iba el vehículo asegurado _____		Velocidad k/h _____	
Lado de la calle en que iba _____	Las luces estaban encendidas		<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
¿En caso de colisión con otro, en qué dirección iba este? _____			
Lado de la calle en que iba _____	Velocidad k/h _____		
Conductor del otro vehiculo _____			
<b>Describa el accidente en detalle y haga un diseño a continuación indicando lo que crea ayudara a comprender con facilidad el accidente</b>			
_____ _____ _____ _____			
¿Se levanto acta policial? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No En caso negativo, indique motivo _____			
<b>IMPORTANTE: DEBE ANEXARSE ACTA POLICIAL CERTIFICADA</b>			
F-REC-001	Fecha Emisión: Octubre 2010	Revisión No.: 0	Fecha Última Revisión: _____

### DIRECCION DE LOS VEHICULOS

Indique con una flecha la dirección en que transitaban los vehículos involucrados en el accidente.



### DAÑOS A LA PROPIEDAD AJENA

Nombre del Propietario \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_

Compañía aseguradora \_\_\_\_\_

Número de placa \_\_\_\_\_

Marca \_\_\_\_\_

Tipo \_\_\_\_\_

Descripción de los daños \_\_\_\_\_

**Nota:** Si además se produjeron daños a la propiedad de otras personas, favor completar relación anexa.

### LESIONES A PERSONAS

Nombre de la persona lesionada \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_

Ocupación \_\_\_\_\_

Naturaleza de las lesiones \_\_\_\_\_

Relación con el asegurado \_\_\_\_\_

Lugar dónde fue llevada después del accidente \_\_\_\_\_

Nombre del doctor que lo atiende \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_

Lugar donde estaba la persona lesionada cuando se produjo el accidente \_\_\_\_\_

**Nota:** Si hay más de un lesionado, favor completar relación de lesionados anexa.

### TESTIGOS

**NOMBRES**

**DIRECCION**

Fecha \_\_\_\_\_

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

Firma conductor  
(si no es el asegurado) \_\_\_\_\_

Nombre del Asegurado \_\_\_\_\_ Póliza No. \_\_\_\_\_

**OTROS AFECTADOS (DAÑOS A LA PROPIEDAD AJENA)**

1)

Nombre del Propietario \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_

Compañía aseguradora \_\_\_\_\_

Número de placa \_\_\_\_\_ Marca \_\_\_\_\_ Tipo \_\_\_\_\_

Descripción de los daños \_\_\_\_\_

2)

Nombre del Propietario \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_

Compañía aseguradora \_\_\_\_\_

Número de placa \_\_\_\_\_ Marca \_\_\_\_\_ Tipo \_\_\_\_\_

Descripción de los daños \_\_\_\_\_

Nombre del Propietario \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_

Compañía aseguradora \_\_\_\_\_

Número de placa \_\_\_\_\_ Marca \_\_\_\_\_ Tipo \_\_\_\_\_

Descripción de los daños \_\_\_\_\_

3)

Nombre del Propietario \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_

Compañía aseguradora \_\_\_\_\_

Número de placa \_\_\_\_\_ Marca \_\_\_\_\_ Tipo \_\_\_\_\_

Descripción de los daños \_\_\_\_\_

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

Póliza No. \_\_\_\_\_

**OTROS LESIONADOS**

1)

Nombre de la persona lesionada \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_

Ocupación \_\_\_\_\_ Relación con el asegurado \_\_\_\_\_

Naturaleza de las lesiones \_\_\_\_\_

Lugar dónde fue llevada después del accidente \_\_\_\_\_

Nombre del doctor que lo atendió \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_

Lugar donde estaba la persona lesionada cuando se produjo el accidente \_\_\_\_\_

2)

Nombre de la persona lesionada \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_

Ocupación \_\_\_\_\_ Relación con el asegurado \_\_\_\_\_

Naturaleza de las lesiones \_\_\_\_\_

Lugar dónde fue llevada después del accidente \_\_\_\_\_

Nombre del doctor que lo atendió \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_

Lugar donde estaba la persona lesionada cuando se produjo el accidente \_\_\_\_\_

2)

Nombre de la persona lesionada \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_

Ocupación \_\_\_\_\_ Relación con el asegurado \_\_\_\_\_

Naturaleza de las lesiones \_\_\_\_\_

Lugar dónde fue llevada después del accidente \_\_\_\_\_

Nombre del doctor que lo atendió \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_

Lugar donde estaba la persona lesionada cuando se produjo el accidente \_\_\_\_\_