

## DECLARACION DE ACCIDENTE DE VEHICULOS

Asegurado: \_\_\_\_\_ Siniestro No.: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Póliza: \_\_\_\_\_ Item: \_\_\_\_\_ Mail Asegurado: \_\_\_\_\_

### VEHICULO ASEGURADO

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

Placas: \_\_\_\_\_ Motor: \_\_\_\_\_ Chasis: \_\_\_\_\_

Detalles de los daños del vehículo: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

¿Taller donde se encuentra el vehículo?: \_\_\_\_\_

### DATOS DEL ACCIDENTE

Lugar donde ocurrió el siniestro (calles, sector, referencias, etc.): \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

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

Explique detalladamente como ocurrió el accidente: (detallar el siniestro, ¿existían señales de tránsito?, condiciones del vehículo, condiciones ambientales, etc.):

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Se impactó contra alguien

☐ SI

☐ NO

A juicio del conductor del vehículo asegurado, ¿ Quién es el responsable del accidente?: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

### CONDUCTOR VEHICULO ASEGURADO

Nombres y apellidos: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Relación con el asegurado: \_\_\_\_\_

Licencia No.: \_\_\_\_\_ Categoría: \_\_\_\_\_ Expedida en: \_\_\_\_\_

Válida hasta: \_\_\_\_\_

Mail del conductor: \_\_\_\_\_

## **DATOS SOBRE EL VEHICULO CONTRARIO:**

Marca: \_\_\_\_\_ Modelo: \_\_\_\_\_ Placas: \_\_\_\_\_ Color: \_\_\_\_\_ Año: \_\_\_\_\_

Asegurado en la Compañía: \_\_\_\_\_ Póliza No: \_\_\_\_\_

Propietario: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Conductor: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Intervinieron otros vehículos o resultaron perjudicados, facilite los datos: \_\_\_\_\_

## **DETALLE DE DAÑOS DEL VEHICULO CONTRARIO**

¿Taller donde se encuentra el vehículo?: \_\_\_\_\_

## **TESTIGOS DEL ACCIDENTE NOMBRES Y DIRECCIONES**

## **DATOS ADICIONALES**

¿ Existió parte policial?: \_\_\_\_\_

¿ Qué agentes tomaron nota del parte?: \_\_\_\_\_

¿ En caso de no existir parte policial, explique el porqué?: \_\_\_\_\_

¿ Está detenido el conductor?: \_\_\_\_\_

## **PERSONAS HERIDAS**

Nombres: \_\_\_\_\_ Teléfonos: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Tipo de golpes o heridas sufridas: \_\_\_\_\_

Con qué compañía de seguros mantiene su Soat: \_\_\_\_\_

Observaciones del asegurado: \_\_\_\_\_

El que suscribe declara que los datos son verdaderos en todas sus partes

NOTA: La falsa declaración dará lugar a la negativa del caso por la Compañía. En \_\_\_\_\_ a, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ del 20 \_\_\_\_\_

(FIRMA DEL ASEGURADO)

## **CROQUIS DEL LUGAR DEL ACCIDENTE**

