

DATOS DEL VEHÍCULO AFECTADO - CAUSANTE

Marca:	Modelo:	Placa:
Tipo de uso: Particular: <input type="radio"/> Público: <input type="radio"/>	Año de Fabricación:	Color:

DATOS DEL CONDUCTOR AFECTADO - CAUSANTE

Nombres y Apellidos del conductor:		C.I.:
Teléfonos	Fijo:	Móvil:
Dirección:		
¿Tiene seguro el vehículo? SI <input type="radio"/> NO <input type="radio"/>	Nombre de la Compañía de Seguros:	
¿Recibió dinero del vehículo causante del accidente? SI <input type="radio"/> NO <input type="radio"/>	Indique el valor:	¿Se firmó algún finiquito entre el asegurado y el causante? SI <input type="radio"/> NO <input type="radio"/>

DAÑOS DEL VEHÍCULO AFECTADO - CAUSANTE

Señale los daños del vehículo afectado - causante:



¿Los ocupantes del vehículo han resultado heridos? SI NO

PERSONAS HERIDAS EN EL ACCIDENTE

Nombres y Apellidos:	C.I.:	Tel. Móvil:
Nombres y Apellidos:	C.I.:	Tel. Móvil:
Nombres y Apellidos:	C.I.:	Tel. Móvil:
¿Dónde han sido trasladadas las personas?:	¿Las heridas son graves o leves? Graves <input type="radio"/> Leves <input type="radio"/>	

DAÑOS A LA PROPIEDAD

Nombres y Apellidos del Propietario:	C.I.:	Tel. Móvil:
Dirección:		

DESCRIPCIÓN DE LA PROPIEDAD A TERCEROS

¿Qué es?

DESCRIBA LOS DAÑOS CAUSADOS A DICHA PROPIEDAD:

¿Tiene seguro dicha propiedad? SI <input type="radio"/> NO <input type="radio"/>		Nombre de la Compañía de Seguros:
Los ocupantes de la propiedad afectada. ¿Han resultado heridos? SI <input type="radio"/> NO <input type="radio"/>		

PERSONAS HERIDAS EN LA PROPIEDAD

Nombres y Apellidos:	C.I.:	Tel.:
Nombres y Apellidos:	C.I.:	Tel.:
Nombres y Apellidos:	C.I.:	Tel.:
¿Dónde han sido trasladadas las personas?:	¿Las heridas son graves o leves? Graves <input type="radio"/> Leves <input type="radio"/>	

Declaro/amos expresamente que los datos aquí asignados son verdaderos y exactos y constituyen el fundamento de hecho para el reclamo presentado y que no existe falsedad, ocultamiento o circunstancia alguna que pudieran hacer variar la configuración del siniestro.

Lugar:	Fecha: Día:	Mes:	Año:
--------	-------------	------	------

Asegurado:

C.I./R.U.C.: _____

USO DE LA COMPAÑÍA

Póliza:	Finalización de Vigencia: Día:	Mes:	Año:	Perfil:
Pagos al día: SI <input type="radio"/> NO <input type="radio"/>	Suma asegurada:	Dispositivo satelital instalado y activo: SI <input type="radio"/> NO <input type="radio"/>		

Dirección de vehículo asegurado para su inspección:

Dirección de vehículo afectado para su inspección: