

DECLARACION DE ACCIDENTES DE VEHICULOS

Póliza No. _____ Agencia de _____

Fecha del Accidente _____ Hora _____

Lugar _____

Ciudad _____

Asegurado _____

Dirección _____ Teléfono _____

Conductor _____ Céd. de Identidad No. _____

Edad _____ Licencia del Conductor _____ Expedido el: _____

Caduca el: _____

Categoría de la licencia _____

I) VEHICULO ASEGURADO

Marca _____ Año _____ Clase _____ Placa _____

No. de Motor _____ Modelo _____ Carrocería _____

Uso _____ Peso Bruto _____

Daños del vehículo _____

Los ocupantes del vehículo asegurado, han resultado heridos? _____

Indicar Nombre y Domicilio _____

Donde han sido trasladados? _____

Las heridas son graves o leves _____

II) TERCEROS

Nombre _____

Profesión _____

Domicilio _____

Marca _____ Año _____ Clase _____

Placa _____ Nombre del Conductor _____

Licencia de Conducir No. _____ Expedido el: _____

Caduca el: _____

Categoría de la licencia _____ Brevet No. _____

Daños del vehículo _____

Hay heridos? _____ quienes? _____

Nombre y Domicilio _____

Donde han sido trasladados? _____

Las heridas son graves o leves _____

Ultima Prima pagada del _____ al _____ Fecha de pago _____

DESCRIPCION DEL ACCIDENTE:

Intervino la Policía _____ Que Comisaría _____

Lugar donde se encuentran los vehículos _____

período de la última cuota pagada del _____ al _____

Fecha de pago _____

CROQUIS DEL LUGAR DEL ACCIDENTE

Lugar y Fecha _____

FIRMA

ASEGURADO

Nota: el presente formulario ha sido aprobado por la Superintendencia de Bancos con resolución No. 74-03-S del 17 de Enero de 1974.