

DENUNCIA DE ACCIDENTE AUTOMÓVILES

Reclamación N° _____

Póliza N° _____

Nombre del Asegurado: _____ Ocupación: _____

Dirección: _____ Telf. Particular: _____ Comercial: _____

DETALLES DEL VEHÍCULO

MARCA Y MODELO	AÑO	Nº MOTOR Y CHASIS	Nº PLACA

DETALLES DEL CONDUCTOR

Nombre del conductor: _____ Edad: _____

Dirección: _____ Licencia N° _____

¿Es el conductor: (a) Propietario del vehículo? _____

(b) ¿Empleado del Asegurado? _____ (c) ¿Pariente o amigo del Asegurado? _____

Dése detalles completos de cualquier multa o condena por cualquier infracción por la cual haya sido penado.

Dése detalles de los Accidentes que haya tenido en cualquier vehículo _____

Dése detalles de cualquier otra póliza cubriendo este vehículo _____

DETALLES DEL ACCIDENTE

Fecha: _____ Hora: _____ Lugar: _____

Velocidad del vehículo asegurado: _____ Daños al vehículo asegurado: _____

Estimación de los daños: _____

Uso del vehículo al momento del accidente: _____

Taller donde será reparado: _____

Sírvase explicar detalladamente cómo ocurrió el accidente: _____

TESTIGOS

Dése el nombre y número del Agente de Policía y otra autoridad que intervino: _____

Sírvase dar los nombres y las direcciones de: _____

a) Pasajeros de su vehículo _____

TODAS LAS PREGUNTAS DEBEN SER CONTESTADAS

TODAS LAS PREGUNTAS DEBEN SER CONTESTADAS

b) Otros testigos

DETALLES DEL OTRO VEHÍCULO O DAÑOS SUFRIDOS POR LA PROPIEDAD AJENA

Marca y tipo:

Nombre y dirección del dueño:

Nombre y dirección del conductor:

Detalles de los daños sufridos y valor estimado:

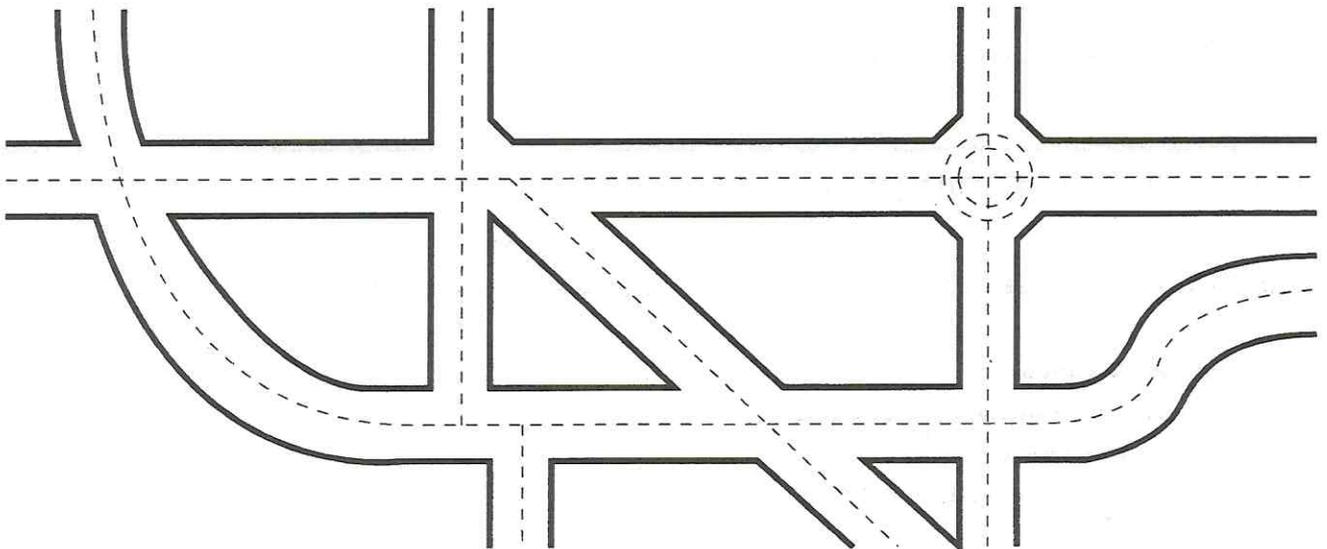
Taller donde será reparado:

Nombre de la Cía. Aseguradora y N° de la Póliza:

LESIONES PERSONALES

Nombre(s) y dirección(es) de la(s) lesionada(s):

Sírvase hacer un croquis mostrando las posiciones de los vehículos al momento del accidente:



Declaro que todas las contestaciones y los detalles arriba dados son verídicos hasta donde me es dado saber y que no he omitido ningún hecho o detalle importante relacionado con las preguntas anteriores.

Fecha

Firma