

DECLARACIÓN DE ACCIDENTES DE VEHÍCULOS

*NOTA: Llenar con letra legible.

FOR-EVA-001 versión 04 dic 13

Asegurado:	Siniestro N°:
Dirección:	Teléfono:
Póliza:	Item:
Agente / Broker:	
Correo Electrónico:	

VEHÍCULO ASEGURADO

Marca _____ Modelo _____ Tipo _____ Color _____
 Placas _____ Motor _____ Chasis _____ Año _____

Detalle de los daños

¿Dónde se encuentra el vehículo para su inspección?

DATOS DEL SINIESTRO

Dirección: _____ Velocidad: _____
 _____ Viniendo de: _____
 Fecha: _____ Con dirección a : _____
 Hora: _____

Explique detalladamente ¿cómo ocurrió el siniestro?

A juicio del conductor del vehículo asegurado. ¿Quién es el responsable del accidente?

CONDUCTOR DE VEHÍCULO ASEGURADO

Nombres y Apellidos: _____
 Relación con el asegurado: _____ Teléfono: _____
 Dirección: _____
 Licencia N°: _____ Categoría: _____ Expedida: _____
 Fecha de caducidad: _____

*NOTA: Todos los campos deben ser obligatoriamente llenados.

DATOS SOBRE EL CONTRARIO

Marca: _____ Tipo: _____ Placas: _____ Color: _____

Asegurado en la compañía: _____ Póliza N°: _____

Propietario: _____

Dirección: _____ Teléfono: _____

Conductor: _____ Licencia #: _____ Fecha Cad.: _____

Dirección: _____ Teléfono: _____

¿Intervinieron otros vehículos o resultaron perjudicados? Facilite datos.

DETALLE DE LOS DAÑOS

¿Dónde se encuentra el vehículo para su inspección?

TESTIGOS DEL ACCIDENTE (Nombres y direcciones)**Intervención de las autoridades**

¿Qué agentes tomaron nota de parte? _____

¿Qué juzgado interviene en el caso? _____

¿Está detenido el conductor? _____

Daños corporales (nombres, direcciones y lugar donde recibieron asistencia médica)

Los lesionados son para el asegurado: Familiares _____ Otros _____

Indique los ocupantes del vehículo asegurado

OBSERVACIONES DEL ASEGURADO

Croquis del lugar del accidente

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

En _____ a _____ de _____ del 20

Firma del Asegurado