



COOP-SEGUROS

COOPERATIVA NACIONAL DE SEGUROS, INC.
Calle Hermanos Deligne #156, Gazcue, Santo Domingo, República Dominicana
Tels.: 809-682-6118 / 1 809 200-6118 / Fax: 809-682-6313
www.coopseguros.coop

FORMULARIO AVISO ACCIDENTE VEHÍCULO DE MOTOR

Fecha del Reporte: _____

Datos del asegurado

| | |
|-------------------|-----------------------------|
| Nombre: _____ | Teléfono: _____ |
| Dirección: _____ | |
| Cédula: _____ | |
| Póliza No.: _____ | Fecha de Vencimiento: _____ |

Datos del automóvil asegurado

| Marca Vehículo | Modelo Vehículo | Año | Placa | Chasis |
|----------------|-----------------|-----|-------|--------|
| | | | | |
| | | | | |

Datos conductor

| Nombre | Edad | Licencia No. | Vencimiento | Parentesco con el Asegurado |
|--------|------|--------------|-------------|-----------------------------|
| | | | | |
| | | | | |

Detalles del accidente

| Fecha | Hora (a.m./p.m.) | Lugar del Accidente |
|-------|------------------|---------------------|
| | | |
| | | |

Se levantó acta policial: Si No En caso negativo, especifique: _____

Daños al vehículo asegurado

Describe los daños sufridos por el vehículo: _____

¿ Dónde se encuentra el vehículo: _____

Daños a propiedad ajena

| Nombre del Propietario | | Compañía Aseguradora | | |
|------------------------|-----|----------------------|--------|----------------------|
| | | | | |
| Marca y Modelo | Año | Placa | Chasis | Descripción de Daños |
| | | | | |
| | | | | |

Continúa al Dorso

Lesiones a personas

| Nombres | Relación con el Asegurado | Naturaleza de las Lesiones |
|---------|---------------------------|----------------------------|
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

Testigos

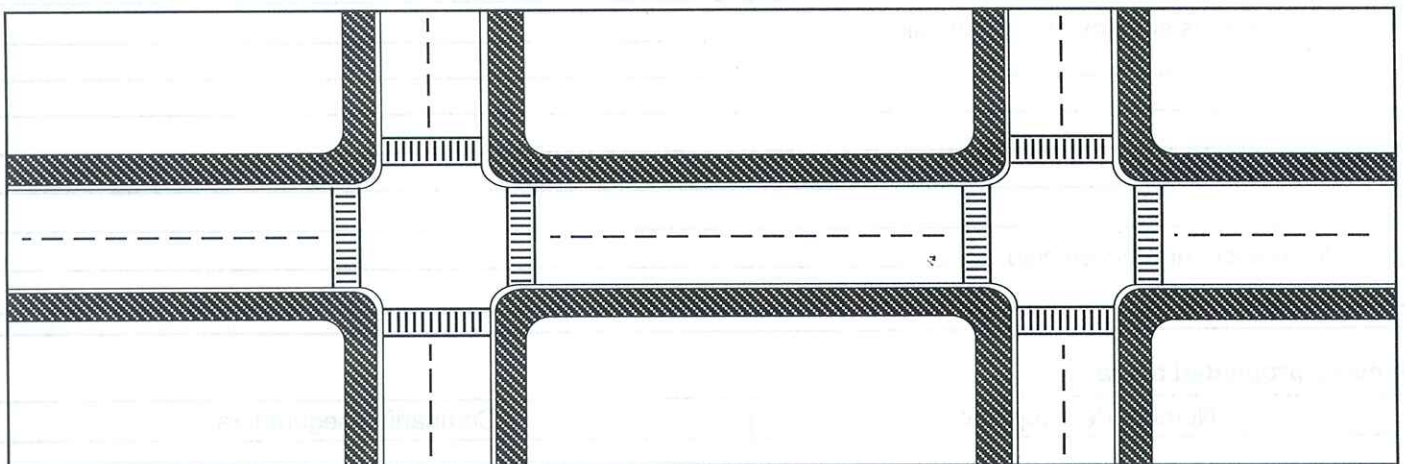
| Nombres | Teléfono | Dirección |
|---------|----------|-----------|
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

Describe el accidente

| |
|--|
| |
| |
| |
| |
| |
| |
| |
| |
| |
| |
| |

Describe el accidente

Muestra la dirección del accidente con una flecha así →



Firma del Asegurado