



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

Describa 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

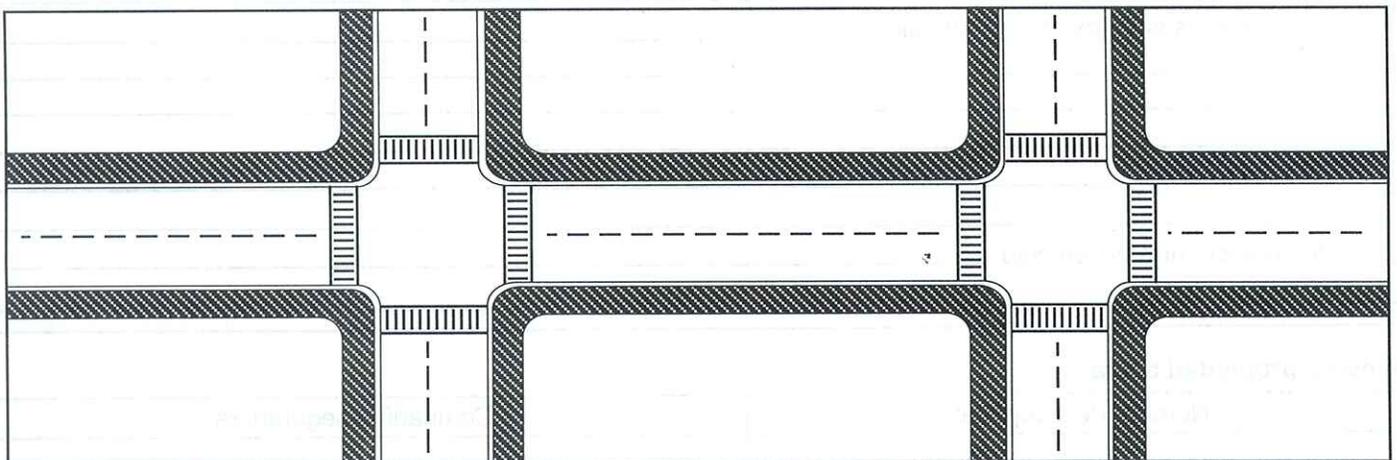
Testigos

Nombres	Teléfono	Dirección

Describe el accidente

Describe el accidente

Muestra la dirección del accidente con una flecha así →



Firma del Asegurado