



Aviso de Accidente Vehículos de Motor

Datos generales del Asegurado

Póliza No.

Reclamación No.

Nombres Apellidos Casad@ Unión Libre
Solter@

Fecha de nacimiento día mes año Cédula Pasaporte RNC Nacionalidad F M

Calle y No. Edificio
Apto./Suite Sector/Barrio Ciudad

Teléfono Celular Correo Electrónico

Descripción del vehículo asegurado

Tipo Auto Jeep Camioneta Otro Marca Modelo Año de fabricación

Uso Pasajero Carga Chasis No. Color

Registro y Placa Nombre del propietario

Datos del conductor (Marque si el conductor es el asegurado)

Nombres Apellidos Casad@ Unión Libre
Solter@

Fecha de nacimiento día mes año Cédula Pasaporte Nacionalidad F M

Calle y No. Edificio
Apto./Suite Sector/Barrio Ciudad

Teléfono Celular Correo Electrónico

Edad años Relación con el asegurado

No. licencia del conductor Fecha de vencimiento día mes año Expedida por

Descripción del accidente

Fecha del accidente día mes año Hora del accidente PM AM Velocidad del Veh. Asegurado Km/h

Lugar del accidente

¿ En qué lado de la calle o camino ocurrió el accidente ? Derecha Parado Izquierda

Dirección en que transitaba el vehículo asegurado Sur a norte Este a oeste Norte a sur Oeste a este

Dirección en que transitaba el otro vehículo Sur a norte Este a oeste Norte a sur Oeste a este

¿ Considera usted que es culpable del accidente ? Si No

Breve descripción del accidente



¿ Dónde se encuentra el vehículo en la actualidad ?

Daños al vehículo asegurado

Bumper Delantero Trasero Guardalodos Delantero Trasero Izquierdo Derecho Puertas Delantera Trasera Izquierdo Derecho Baúl Faroles Delantero Trasero Izquierdo Derecho

Cristales

Otros

Daños a la propiedad ajena

Breve descripción de los daños: Vehículos Inmuebles Otros

Número de Apto. Sector/Barrio Ciudad

Nombre del propietario Teléfono

Calle y Número Edificio

Número de Apto. Sector/Barrio Ciudad

Si es vehículo indicar

Registro y Placa Tipo Auto Camioneta Jeep Otro

Marca y modelo Año fabricación Chasis

Asegurador Póliza No. Nombre Intermediario

Conductor del otro vehículo Licencia No. Fecha expedición licencia

Personas lesionadas

Nombres y apellidos	Dirección y teléfono	Naturaleza de las lesiones
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Al momento del accidente ¿ dónde estaban los lesionados ?

¿ Estaban el o los lesionados al servicio del asegurado ? Sí No ¿ Dónde llevaron a el o los lesionados después del accidente ?

¿ Fue llamado algún médico ? Sí No Nombre Centro

Dirección Teléfono

Pasajeros del vehículo asegurado

Nombres y apellidos	Dirección y teléfono	Relación con el asegurado
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Testigos del accidente

Nombres y apellidos	Dirección y teléfono	Relación con el asegurado
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Información adicional

¿ Cuáles autoridades intervinieron ? ¿ Fue este accidente reportado a algún destacamento policial ? Sí No ¿Cuál ?

Firmado en la ciudad de R.D., a los días del mes de del año

Firma del Asegurado o su representante Nombre