La Colonial, S.A.
COMPAÑIA DE SEGUROS
Avenida Sarasota No. 75 • Teléfono: 508-8000 • Fax: 508-0608
Santo Domingo, República Dominicana
RNC 1-01-03122-2

AVISO DE ACCIDENTE VEHICULO DE MOTOR

Reclamación No.

1. DATOS DEL ASEGURADO

NOMBRE | POLIZA No.

DIRECCION | TELEFONO

LUGAR DE TRABAJO | CIUDAD | TELEFONO OFICINA

2. DESCRIPCION DEL VEHICULO ASEGURADO

TIPO | MARCA | MODELO (AÑO) | USO PRIVADO CARGA

CHASIS No. | REGISTRO No. | PLACA

3. EL CONDUCTOR AL MOMENTO DEL ACCIDENTE

NOMBRE | CEDULA IDENTIDAD Y ELECTORAL

DIRECCION

TRABAJO

TIPO EMPLEO: | OCUPACION: | EDAD: | ESTADO CIVIL S C

4. EL ACCIDENTE

FECHA DEL ACCIDENTE | HORA EN QUE OCURRIO EL ACCIDENTE | VELOCIDAD DEL VEH. ASEGURADO KM/HORA

DIRECCION QUE TRANSITABA EL VEHICULO ASEGURADO
- ☐ SUR A NORTE
- ☐ NORTE A SUR
- ☐ ESTE A OESTE
- ☐ OESTE A ESTE

LUGAR DONDE OCURRIO EL ACCIDENTE

¿EN QUE LADO DE LA CALLE O CAMINO OCURRIO EL ACCIDENTE? ☐ DERECHA ☐ IZQUIERDA ☐ CENTRO ☐ PARADO

¿EN QUE DIRECCION IBA EL OTRO VEHICULO? ☐ SUR A NORTE ☐ NORTE A SUR ☐ ESTE A OESTE ☐ OESTE A ESTE

¿CONSIDERA USTED QUE ES CULPABLE DEL ACCIDENTE? ☐ SI ☐ NO

DESCRIPCION DEL ACCIDENTE:

5. DAÑOS AL VEHICULO ASEGURADO
(COMPLETAR SOLO SI FUE COLISION)



Muestre la dirección de los vehículos con una flecha, así: →

6. DAÑOS A LA PROPIEDAD AJENA

NOMBRE DEL PROPIETARIO | TELEFONO

DIRECCION | CIUDAD

DONDE TRABAJA | TELEFONO

CONDUCTOR DEL OTRO VEHICULO | TELEFONO

DIRECCION | TRABAJO | TELEFONO

DESCRIPCION DE LOS DAÑOS

SI ES VEHICULO INDICAR	REGISTRO No.	PLACA No.	VIGENCIA PLACA	TIPO VEHIC.
	MARCA	MODELO (AÑO)	CHASIS	

ASEGURADOR | POLIZA No.

7. PERSONAS LESIONADAS

Nombre	Dirección y Teléfono	Naturaleza de las Lesiones

AL MOMENTO DEL ACCIDENTE ¿DONDE ESTABAN EL O LOS LESIONADOS?

¿ESTABAN EL O LOS LESIONADOS AL SERVICIO DEL ASEGURADO?

¿DONDE LLEVARON AL O LOS LESIONADOS DESPUES DEL ACCIDENTE?

¿FUE LLAMADO ALGUN MEDICO? | NOMBRE

DIRECCION | TELEFONO

8. PASAJEROS DEL VEHICULO ASEGURADO

Nombre(s) de la(s) persona(s) que viajaba(n) en el vehículo asegurado	Dirección	¿Qué relación tiene(n) con el Asegurado?

9. TESTIGOS DEL ACCIDENTE

Nombre de los testigos del accidente	Dirección	¿Dónde se encontraba en el momento del accidente?

10. INFORMACION ADICIONAL

¿CUALES AUTORIDADES INTERVINIERON?

SI ESTE ACCIDENTE FUE JUZGADO EN ALGUN TRIBUNAL, DIGA EN CUAL Y EL RESULTADO DE LA CAUSA

LUGAR Y FECHA

FIRMA DEL ASEGURADO O SU REPRESENTANTE