

DATOS SOBRE EL CONTRARIO:

VEHICULO

Marca: _____ Tipo: _____ Placas: _____ Color: _____
Asegurado en la Compañía: _____ Póliza No: _____
Propietario: _____ Teléfono: _____
Conductor: _____ Teléfono: _____
Dirección: _____
Intervinieron otros vehículos o resultaron perjudicados, facilite los datos: _____

DETALLE DE DAÑOS

? Donde se halla el vehículo para la inspección? _____
Taller donde será reparado: _____

TESTIGOS DEL ACCIDENTE NOMBRES Y DIRECCIONES

INTERVENCION DE AUTORIDADES

? Que agentes tomaron nota del parte? _____
? Que juzgado interviene en el caso? _____
? Esta detenido el conductor? _____

PERSONAS HERIDAS

Nombre: _____ Edad: _____
Dirección: _____
Heridas: _____
Nombre del Médico y Hospital: _____
Ciudad: _____

Observaciones del asegurado: _____

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

En _____ a _____ de _____ del 20 _____
(FIRMA DEL ASEGURADO)

NOTA: La falsa declaración dará lugar a la negativa del caso por la Compañía.

CROQUIS DEL LUGAR DEL ACCIDENTE

