

AVISO DE PERDIDA O ACCIDENTE DE AUTOMÓVIL

POLIZA No.		VIGENCIA:					
CORREDOR		LIMITE: A		B			
C	D	E		OTROS			
ACREEDOR HIPOTECARIO							
ASEGURADO	NOMBRE			Teléfono			
	DIRECCIÓN						
FECHA Y LUGAR	Fecha y Hora de Pérdida o ACC.		Lugar:				
AUTOMOVIL ASEGURADO	Año	Marca	Modelo	Motor No.	Placa No.		
	Nombre del Conductor:		Dirección	Edad	Teléfono	Licencia No	
	Uso del Auto al momento del Accidente			Color del Auto			
	Donde puede ser inspeccionado el automóvil (dirección)						
	Si robo, especifique la propiedad robada, si colisión o comprensivo						
	especifique daño:						
	Se hizo reporte policivo?		Fecha y lugar de cita		No. Boleta		
DAÑOS A LA PROPIEDAD AJENA (Reclamante)	Dueño		Dirección		Teléfono		
	Nombre del conductor				Teléfono		
	Especifique que Daño:						
	Año y marca del Automóvil		Color del auto		Placa No.		
	Tiene seguro		Nombre de la compañía y número de Póliza				
PERSONAS LESIONADAS	Nombre	Dirección	Edad	Pasajero		PEA-TÓN	HERIDAS SUFRIDAS
				Carro Asegurado	Otro Carro		
TESTIGOS	Nombre				Dirección		Teléfono
DESCRIPCIÓN DEL ACCIDENTE							

Fecha: _____

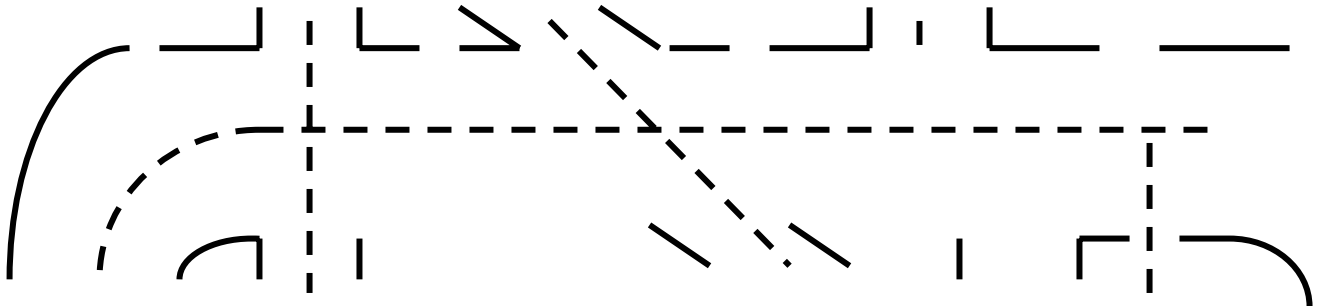
Firma del asegurado o conductor: _____



DESCRIPCIÓN DEL ACCIDENTE
(Continuación)

Complete el siguiente diagrama mostrando la dirección y las posiciones de los automóviles implicados, indicando claramente el punto de contacto.

Marque el Norte
Con una flecha → N



Instrucciones:

- (1) Use una línea sólida para mostrar la dirección del vehículo antes del accidente.
- > Use una línea de puntos después del accidente.
- (2) Numere cada vehículo y muestre la dirección que llevaba.
- (3) Muestre las motocicletas en esta forma.
- (4) Muestre los peatones en esta forma.
- (5) Muestre los ferrocarriles en esta forma.

DAÑOS A LA PROPIEDAD AJENA (Reclamante)	Dueño		Dirección		Teléfono		
	Nombre del conductor				Teléfono		
	Especifique que Daño:						
	Año y marca del Automóvil		Color del auto		Placa No.		
	Tiene seguro		Nombre de la compañía y número de Póliza				
PERSONAS LESIONADAS	Nombre	Dirección	Edad	Pasajero		PEA-TÓN	HERIDAS SUFRIDAS
				Carro Asegurado	Otro Carro		

Fecha: _____

Firma del asegurado o conductor:

