

## DECLARACION DE ACCIDENTE DE VEHICULOS

Asegurado: \_\_\_\_\_ Sinistro No.: \_\_\_\_\_  
Dirección: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_  
Póliza: \_\_\_\_\_ Item: \_\_\_\_\_ Mail Asegurado: \_\_\_\_\_

### VEHICULO ASEGURADO

Marca: \_\_\_\_\_ Modelo: \_\_\_\_\_ Año: \_\_\_\_\_ Color: \_\_\_\_\_  
Placas: \_\_\_\_\_ Motor: \_\_\_\_\_ Chasis: \_\_\_\_\_  
Detalles de los daños: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
¿Taller donde se encuentra el vehículo?: \_\_\_\_\_

### DATOS DEL ACCIDENTE

Lugar: \_\_\_\_\_ Velocidad: \_\_\_\_\_  
Fecha: \_\_\_\_\_  
Hora: \_\_\_\_\_  
Explique detalladamente como ocurrió el accidente: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
Se impactó contra alguien  SI  NO  
A juicio del conductor del vehículo asegurado, ¿ Quién es el responsable del accidente?: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

### CONDUCTOR VEHICULO ASEGURADO

Nombres y apellidos: \_\_\_\_\_  
Dirección: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_  
Relación con el asegurado: \_\_\_\_\_  
Licencia No.: \_\_\_\_\_ Categoría: \_\_\_\_\_ Expedida en: \_\_\_\_\_  
Válida hasta: \_\_\_\_\_  
Mail del conductor: \_\_\_\_\_

## DATOS SOBRE EL VEHICULO CONTRARIO:

Marca: \_\_\_\_\_ Modelo: \_\_\_\_\_ Placas: \_\_\_\_\_ Color: \_\_\_\_\_ Año: \_\_\_\_\_

Asegurado en la Compañía: \_\_\_\_\_ Póliza No: \_\_\_\_\_

Propietario: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Conductor: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Intervinieron otros vehículos o resultaron perjudicados, facilite los datos: \_\_\_\_\_

## DETALLE DE DAÑOS DEL VEHICULO CONTRARIO

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

¿Taller donde se encuentra el vehículo?: \_\_\_\_\_

## TESTIGOS DEL ACCIDENTE NOMBRES Y DIRECCIONES

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

## DATOS ADICIONALES

¿ Existió parte policial?: \_\_\_\_\_

¿ Qué agentes tomaron nota del parte?: \_\_\_\_\_

¿ En caso de no existir parte policial, explique el porqué?: \_\_\_\_\_

¿ Está detenido el conductor?: \_\_\_\_\_

## PERSONAS HERIDAS

Nombres: \_\_\_\_\_ Teléfonos: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Tipo de golpes o heridas sufridas: \_\_\_\_\_

Con qué compañía de seguros mantiene su Soat: \_\_\_\_\_

Observaciones del asegurado: \_\_\_\_\_

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

NOTA: La falsa declaración dará lugar a la negativa del caso por la Compañía. En \_\_\_\_\_ a, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ del 20 \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
(FIRMA DEL ASEGURADO)

## CROQUIS DEL LUGAR DEL ACCIDENTE

