



ace seguros

AVISO DE ACCIDENTES DE SEGUROS DE VEHICULOS

POLIZA No. _____

ITEM No. _____

ASEGURADO		Nombre: _____ Edad: _____					
		Dirección: _____ Telf. _____					
VEHICULO DEL ASEGURADO	Año	Marca	Tipo	Placa N°	Motor N°	Chasis / Serie N°	
PERSONAS HERIDAS	1.	Nombre _____ Edad _____					
		Dirección: _____ Telf. _____					
		Heridas _____					
			Nombre del Médico y Hospital _____				
	2.	Nombre _____ Edad _____					
		Dirección: _____ Telf. _____					
		Heridas _____					
			Nombre del Médico y Hospital _____				
	3.	(Continúese en otra hoja si es necesario)					
AUTOMOVIL O PROPIEDAD DEL CONTRARIO	Nombre del Propietario _____ Nombre del Conductor _____						
	Dirección del Propietario _____ Edad del Conductor _____						
	Describase el Automóvil o la Propiedad _____						
	Descripción de los daños: _____						
	Valor aproximado de los daños: _____						
DAÑOS AL VEHICULO ASEGURADO	Descripción de los daños: _____						

	Valor aproximado de los daños o pérdidas: _____						

TESTIGOS

Dar nombre completo y dirección de cada persona que sepa algo acerca del accidente, inclusive de los ocupantes de los vehículos

INFORME DE POLICIA

Nombre del Oficial que elevó el parte _____

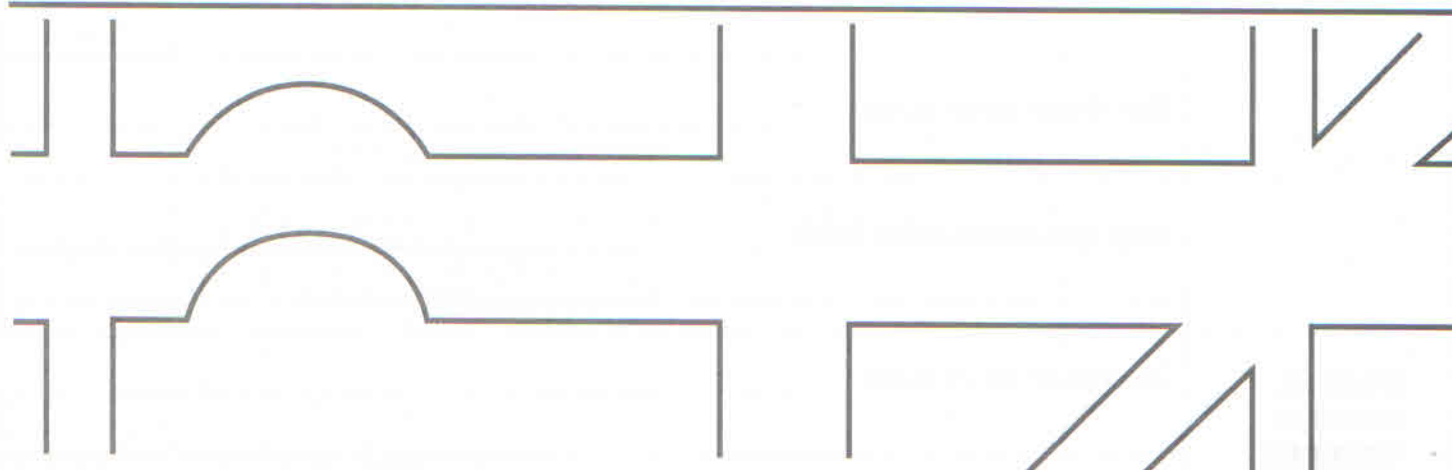
Observaciones _____

El vehículo era conducido por _____ N° de Licencia _____

Explíquese el accidente o la pérdida con detalles y complétese el diagrama.

Fecha _____ Hora _____

Lugar _____



Este Formulario debe usarse para informar de todo accidente o pérdida en la que esté involucrado el vehículo asegurado. Envíese inmediatamente con la información completa, adjunto copia de la licencia de conducir del conductor y matrícula del vehículo asegurado.

Fecha de este aviso _____

FIRMA

No. C.I.