

Descripción de daños al vehículo asegurado

Blank lines for describing damage to the insured vehicle.

Descripción de daños al vehículo tercero

Blank lines for describing damage to a third party vehicle.

Relato del accidente y culpabilidad

Blank lines for the accident report and liability.

Daños causados a personas

Apellidos: _____ Nombres: _____ Edad: _____

Domicilio: _____ Teléfonos: _____

Estado del lesionado: Muerte Muy Grave Grave Leve

Apellidos: _____ Nombres: _____ Edad: _____

Domicilio: _____ Teléfonos: _____

Estado del lesionado: Muerte Muy Grave Grave Leve

Apellidos: _____ Nombres: _____ Edad: _____

Domicilio: _____ Teléfonos: _____

Estado del lesionado: Muerte Muy Grave Grave Leve

Daños a cosas y/o propiedad ajena

Objeto y daño: _____

Propietarios: _____

Domicilio: _____ Teléfonos: _____

Testigos

Apellidos: _____ Nombres: _____ Edad: _____

Domicilio: _____ Teléfonos: _____

El testigo es: Ocupante Peatón Otros

Apellidos: _____ Nombres: _____ Edad: _____

Domicilio: _____ Teléfonos: _____

El testigo es: Ocupante Peatón Otros

Otros datos de interés

Blank lines for other data of interest.

Firma del Asegurado: _____

PARTE DE ACCIDENTE

DECLARACIÓN DE ACCIDENTE DE AUTOMÓVIL



N° Sinistro:	N° Póliza:	Inciso:
<input type="text"/>		
Vigencia:		
del:	al:	
<input type="text"/>		
Se atendió Emergencia:		
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
Hay recuperación:		
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
Ajustador:		N°
<input type="text"/>		<input type="text"/>
Saldo:	Alcance corto Plazo:	Próximo pago:
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Ajustador Asignado: N°:

Dirección del lugar del accidente: Ciudad o departamento: Fecha y hora:

El responsable del accidente es: El Tercero El Asegurado

Existe conocimiento de deuda: Sí No

Atendió la Policía: No Sí

N° de Patrulla: Cuerpo de Policía:

DATOS DEL VEHÍCULO ASEGURADO

ASEGURADO

Nombre completo:

Dirección:

Teléfono:

VEHÍCULO

Marca: Año:

Modelo: Serie:

Color: N° de Placa:

N° Chasis:

N° de motor:

CONDUCTOR

Nombre completo:

Dirección:

Edad: N° de licencia:

Relación con el Asegurado:

COBERTURAS AFECTADAS

Sección I:

- Choque
- Otros Daños
- Robo
- Uso Grúa
- Robo Parcial

Sección II:

- Daños a Terceros
- Uso Asesoría Legal

Sección III:

- Lesiones a ocupantes

CROQUIS DEL ACCIDENTE

El croquis debe ser elaborado por el asegurado o el representante autorizado.

CONTINÚA EN LA PARTE DE ATRÁS

DATOS DEL VEHÍCULO TERCERO

TERCERO:

Nombre completo:

Dirección:

Teléfono:

VEHÍCULO

Marca: Año:

Modelo: Serie:

Color: N° de Placa:

N° Chasis:

N° de motor:

CONDUCTOR

Nombre completo:

Dirección:

Edad: N° de licencia:

Relación con el Tercero:

MUY IMPORTANTE

Lea detenidamente este documento antes de llenarlo. Complete toda la información requerida en los espacios en blanco, con letra de molde y envíelo con la mayor brevedad posible al **Dpto. de Reclamos de SEGUROS UNIVERSALES, S.A.** 4° calle 7-73, Zona 9

