



AVISO OFICIAL DE ACCIDENTE / AUTOMÓVIL

POLIZA NÚMERO:	ITEM NÚMERO:	RECLAMO NÚMERO:	
DATOS DEL ASEGURADO			
NOMBRE Y/O RAZÓN SOCIAL DEL ASEGURADO _____			
DIRECCIÓN _____			
No. DE CÉDULA _____ GESTIONARÁ EL RECLAMO _____			
CARGO _____ TELÉFONO _____ TELEFAX _____			
DATOS DEL CONDUCTOR			
NOMBRE DEL CONDUCTOR _____ EDAD _____ LICENCIA No. _____			
EMITIDA EL _____ VENCE EL _____ CATEGORÍAS _____			
CARGO _____			
DATOS DEL VEHÍCULO			
MARCA _____ MODELO _____ TONELAJE _____ COLOR _____			
PLACA _____ AÑO _____ CAPACIDAD DE PASAJEROS _____			
NÚMERO DE CHASIS _____ NÚMERO DE MOTOR _____			
LUGAR Y FECHA DEL ACCIDENTE			
FECHA _____ HORA _____ CIUDAD _____ BARRIO _____			
DIRECCIÓN EXACTA _____ ¿DENUNCIÓ EL ACCIDENTE AL TRÁNSITO? _____			
CLASE DE ACCIDENTE			
COLISIÓN { } VUELCO { } ¿SE SALIO DE LA VIA? { } ESTACIONADO { } OTROS _____			
DESCRIPCIÓN DEL ACCIDENTE			
DAÑOS DEL VEHÍCULO ASEGURADO			
¿PUEDE RODAR EL VEHÍCULO? _____ ¿DIRECCIÓN DONDE SE ENCUENTRA? _____			
PERSONAS LESIONADAS			
NOMBRES	EDAD	RELACIÓN CON EL ASEGURADO	LESIONES
1)			
2)			
3)			
¿EN QUE HOSPITAL FUERON ATENDIDOS?			
DAÑOS DEL VEHÍCULO DEL TERCERO			
NOMBRE DEL PROPIETARIO _____ MARCA _____ TIPO _____			
PLACA _____ COLOR _____ AÑO _____			

HAGO CONSTAR QUE AL RECIBIR **SEGUROS AMÉRICA**, ESTE DOCUMENTO, NO SIGNIFICA DE MANERA ALGUNA RECONOCIMIENTO DE LOS DERECHOS QUE EVENTUALMENTE CUBRE LA PÓLIZA, NI ACEPTAMOS DE HECHOS QUE PUEDA FUNDARSE MI RECLAMACIÓN.

ASI MISMO DECLARO QUE TODAS LAS RESPUESTAS CONTENIDAS EN ESTE FORMULARIO SON COMPLETAS Y VERDADERAS; CUALQUIER DECLARACIÓN FALSA O INEXACTA DE MI PARTE, ANULA ESTA RECLAMACIÓN Y PÓLIZA AFECTADA.

CIUDAD _____ FECHA _____ DE _____ DEL 20^o _____

FIRMA DEL CONDUCTOR

FIRMA DEL ASEGURADO Y SELLO PARA LAS PERSONAS JURÍDICAS

RECIBIDO POR