



Fecha No. de Reclamación

DATOS DEL ASEGURADO

Nombres		Número de Póliza	
Teléfono	Celular	E-Mail	

CAUSAS DEL RECLAMO

Accidente Transito
 Accidente relacionado a clima
 Fuego
 Robo
 Vandalismo

Si es relacionado a clima especificar:
 Inundación
 Granizo
 Tormenta/Viento
 Otro: _____

¿Estaba el auto estacionado al momento de ocurrir el accidente? Si No

EN CASO DE ROBO ESPECIFICAR

Vehículo/moto robado recuperado Si No
 Equipo/Piezas robadas o vandalizadas (ej. Radio, adornos en bonete, etc.) Si No

DATOS DEL VEHÍCULO/MOTO ASEGURADO

Tipo	Marca	Modelo
No. de chasis	No. de Registro/Planca	Público o Privado

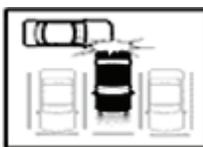
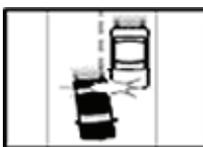
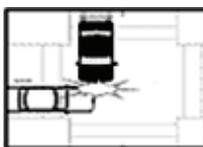
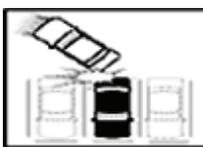
¿Dónde se encuentra el vehículo/moto asegurado?
 Casa
 Taller
 Estacionado en: _____

DATOS DEL CONDUCTOR

Nombre de la persona que manejaba el vehículo/moto		Número de Cédula	
Calle	Número	Ensanche/Barrio	
Edad	Tiene licencia <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Número de licencia	Está vigente? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
¿Estaba autorizado por el asegurado? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No		Fecha del Accidente <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>	Lugar donde ocurrió el accidente: <input type="text"/>
¿En qué dirección venia el vehículo /moto asegurado?		¿A qué velocidad?	Si fue una colisión, ¿en cuál dirección iba el otro vehículo/moto?
¿Quién manejaba el otro vehículo/moto?	Dirección	Número de teléfono	Causa del Accidente

¿Quién fue culpable del accidente? _____

Describe con el mayor detalle posible como fue el accidente _____

<input type="radio"/> Vehículo solo 	<input type="radio"/> En marcha atrás 	<input type="radio"/> Cambiando carril 	<input type="radio"/> Intersección 
<input type="radio"/> Lado izquierdo del medio 	<input type="radio"/> Confluencia 	<input type="radio"/> Estacionado 	<input type="radio"/> Por detrás 

¿Se levantó acta policial? Si No
 ¿Se expidió alguna multa o contravención? Si No (De ser afirmativo, explique)

DAÑOS AL VEHÍCULO/MOTO ASEGURADO

Descripción de los daños del vehículo/moto asegurado

PROPIEDAD AJENA

Nombre de propietario		Número de Teléfono		Número de Cédula	
-----------------------	--	--------------------	--	------------------	--

Si tiene vehículo/moto, indique:	Tipo	Marca	Modelo	Número de Placa	Número de Licencia
----------------------------------	------	-------	--------	-----------------	--------------------

Si no es un vehículo/moto, indicar: Descripción de la propiedad (ej. Reja, Poste, etc.) _____

Si interviene más de un vehículo/moto como tercero, describa: _____

Descripción de los daños: _____

PERSONAS LESIONADAS

Nombre	Dirección	Número de Teléfono	Naturaleza de la(s) lesión (es)

TESTIGOS

Nombre	Dirección	Número de Teléfono	Naturaleza de la(s) lesión (es)

PASAJEROS LESIONADOS DEL VEHÍCULO/MOTO ASEGURADO

Nombre	Dirección	Número de Teléfono	Naturaleza de la(s) lesión (es)

PERSONA QUE NOTIFICA EL ACCIDENTE

Nombre	Dirección	Número de Teléfono
--------	-----------	--------------------

RELACIÓN CON EL ACCIDENTE

Asegurado
 Conductor
 Pasajero
 Lesionado de otro vehículo envuelto *(Puede marcar más de una opción según aplique)*

FECHA

ASEGURADO/CONDUCTOR

FECHA

VERIFICADOR