



**DATOS DEL VEHÍCULO AFECTADO**

Marca:	Modelo:	Placa:
Tipo de uso: Particular: <input type="radio"/> Público: <input type="radio"/>	Año de Fabricación:	Color:

**DATOS DEL CONDUCTOR AFECTADO**

Nombres y Apellidos del conductor:		C.I.:
Teléfonos Fijo:	Móvil:	Dirección:
Tipo de Licencia:	Fecha de caducidad de Licencia: Día: Mes: Año:	Fecha de nacimiento: Día: Mes: Año:
¿Tiene seguro el vehículo? SI <input type="radio"/> NO <input type="radio"/>	Nombre de la Compañía de Seguros:	

**DAÑOS DEL VEHÍCULO AFECTADO**

Señale los daños del vehículo afectado:



¿Los ocupantes del vehículo han resultado heridos? SI  NO

**PERSONAS HERIDAS EN EL ACCIDENTE**

Nombres y Apellidos:	C.I.:	Tel. Móvil:
Nombres y Apellidos:	C.I.:	Tel. Móvil:
Nombres y Apellidos:	C.I.:	Tel. Móvil:
¿Dónde han sido trasladadas las personas?:	¿Las heridas son graves o leves? Graves <input type="radio"/> Leves <input type="radio"/>	

**DAÑOS A LA PROPIEDAD**

Nombres y Apellidos del Propietario:	C.I.:	Tel. Móvil:
Dirección:		

**DESCRIPCIÓN DE LA PROPIEDAD A TERCEROS**

¿Qué es?

**DESCRIBA LOS DAÑOS CAUSADOS A DICHA PROPIEDAD:**

¿Tiene seguro dicha propiedad? SI  NO  Nombre de la Compañía de Seguros:

Los ocupantes de la propiedad afectada. ¿Han resultado heridos? SI  NO

**PERSONAS HERIDAS EN LA PROPIEDAD**

Nombres y Apellidos:	C.I.:	Tel.:
Nombres y Apellidos:	C.I.:	Tel.:
Nombres y Apellidos:	C.I.:	Tel.:
¿Dónde han sido trasladadas las personas?:	¿Las heridas son graves o leves? Graves <input type="radio"/> Leves <input type="radio"/>	

Declaro/amos expresamente que los datos aquí asignados son verdaderos y exactos y constituyen el fundamento de hecho para el reclamo presentado y que no existe falsedad, ocultamiento o circunstancia alguna que pudieran hacer variar la configuración del siniestro.

Lugar:	Fecha: Día: Mes: Año:
--------	-----------------------

Asegurado:

C.I./R.U.C.: \_\_\_\_\_

**USO DE LA COMPAÑÍA**

Póliza:	Finalización de Vigencia: Día: Mes: Año:	Perfil:
Pagos al día: SI <input type="radio"/> NO <input type="radio"/>	Suma asegurada:	Dispositivo satelital instalado y activo: SI <input type="radio"/> NO <input type="radio"/>

Dirección de vehículo asegurado para su inspección:

Dirección de vehículo afectado para su inspección: