

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

Dirección del lugar del accidente:	Ciudad/Departamento:	Fecha:	Hora
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
El responsable del accidente es: Existe conocimiento de deuda: Atendió la Policía: N° de Patrulla: Cuerpo de Policía:			
<input type="checkbox"/> El Tercero	<input type="checkbox"/> El Asegurado	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No

Datos del vehículo asegurado

ASEGURADO

Nombre completo:

Dirección:

Teléfono:

Correo electrónico:

VEHÍCULO

Marca: Año:

Modelo: Serie:

Color: N° de Placa:

N° chasis:

N° de motor:

CONDUCTOR

Nombre completo:

Dirección:

Edad: N° de licencia:

Fecha de vencimiento:

Relación con el Asegurado:

Nivel académico:

Estado civil:

Uso del Vehículo:

Coberturas Afectadas

Sección I:

Colisión

Otros Daños

Robo

Uso Asesoría Legal

Uso grúa

Robo parcial

Sección II:

Daños a terceros

Uso grúa

Lesiones

Sección III:

Lesiones a ocupantes

Croquis del accidente
(dibuje la situación de los vehículos al momento del siniestro)

Continúa en la parte de atrás

Datos del vehículo tercero

TERCERO

Nombre completo:

Dirección:

Teléfono:

Correo electrónico:

VEHÍCULO

Marca: Año:

Modelo: Serie:

Color: N° de Placa:

N° chasis:

N° de motor:

CONDUCTOR

Nombre completo:

Dirección:

Edad: N° de licencia:

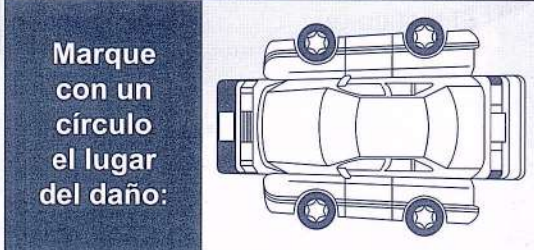
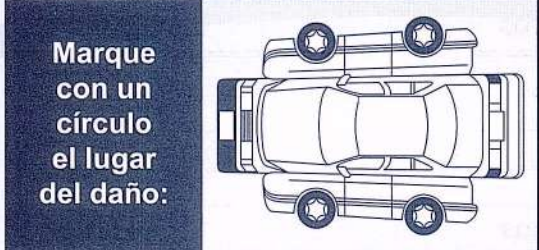
Relación con el Asegurado:

DATOS DE LA PÓLIZA

Compañía:

N° de Póliza:

Vigencia:



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 cuanto antes al Depto. Reclamos de Seguros Universales, 4ª Calle 7-73, Zona 9.

P-RC-02-R-02-V2

Descripción de daños al vehículo asegurado

Descripción de daños al vehículo tercero

Relato del accidente y culpabilidad

Daños causados a personas

Apellidos: Nombres: Edad:

Domicilio: Teléfonos:

Estado del lesionado: Muerte Muy grave Grave Leve Ocupante Tercero

Apellidos: Nombres: Edad:

Domicilio: Teléfonos:

Estado del lesionado: Muerte Muy grave Grave Leve Ocupante Tercero

Apellidos: Nombres: Edad:

Domicilio: Teléfonos:

Estado del lesionado: Muerte Muy grave Grave Leve Ocupante Tercero

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

Firma del Asegurado:

--

PARTE DE ACCIDENTE