

### Información del Asegurado

Contratante de la Póliza:			
Dirección:		Teléfonos:	
Número de Póliza:	Certificado:	E-mail:	
Coberturas:	Valor Asegurado:	Deducible:	

### Descripción del Vehículo Asegurado

Marca:	Línea:	Modelo:	Placa:
Chasis:	Motor:		
Color:	Daños que presenta el vehículo:		
EL VEHÍCULO DESPUÉS DEL ACCIDENTE FUE TRASLADADO A:			Por:

### Información del Conductor

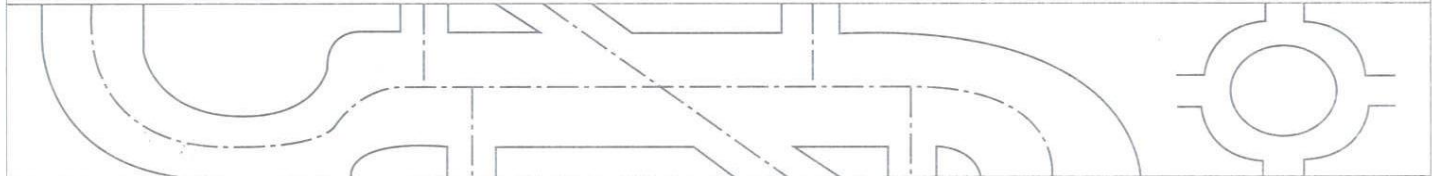
Nombre:			Cédula:
Dirección:			
Fecha de Nacimiento:	Edad:	Teléfono:	
Número de Licencia:	Tipo:	Vence:	Fecha de Emisión:

### Información del Accidente:

Fecha:	Hora:	Velocidad:
Lugar del accidente:		
¿Cómo sucedió el accidente?:		

¿A su criterio quien fue el culpable? IMPORTANTE:

¿Qué Autoridad o Juzgado de Tránsito tomó nota?



### Información de Terceros Afectados o Terceros Culpables

Nombre del Propietario:			
Dirección del Propietario:			
Nombre del PILOTO:		Culpable SI o NO:	Cédula:
Dirección del Piloto Responsable:			
Fecha de Nacimiento:	Edad:	Teléfono:	
Número de Licencia:	Tipo:	Vence:	Fecha de Emisión:
<b>EN CASO DE SER CULPABLE EL TERCERO ES IMPORTANTE LLENAR LA SIGUIENTE INFORMACIÓN QUE DEBERÁ SER CONFIRMADA POR LA EMPRESA DE ASISTENCIA</b>			
Nombre, dirección y teléfono de la empresa donde trabaja:			
Nombre y teléfono de un familiar que no viva con él:			
Dirección de algún familiar:			

### Descripción del Vehículo del Tercero

Marca:	Línea:	Modelo:	Placa:
Chasis:	Motor:		
Color:	Daños que presenta el vehículo:		
EL VEHÍCULO DESPUÉS DEL ACCIDENTE FUE TRASLADADO A:			Por:

### Descripción de Daños a la Propiedad Ajena


### Información de lesionados ocupantes Vehículo Asegurado

Nombre:		Cédula:
Dirección:		Teléfono:
Naturaleza de las Lesiones	Nombre del Médico:	
Hospital:		

### Información de lesionados ocupantes Vehículo Tercero

Nombre:		Cédula:
Dirección:		Teléfono:
Naturaleza de las Lesiones	Nombre del Médico:	
Hospital:		