

DECLARACIÓN DE ACCIDENTE DE AUTOMÓVIL



N° Siniestro: N° Póliza: Inciso:

Vigencia:
del: al:

Se atendió Emergencia: Sí No Hay recuperación: Sí No

Ajustador: N°

Saldo: Alcance corto Plazo: Próximo pago:

Ajustador Asignado: N°:

Dirección del lugar del accidente: Ciudad o departamento: Fecha y hora:

El responsable del accidente es: El Tercero El Asegurado Existe conocimiento de deuda: Sí No Atendió la Policía: No Sí N° de Patrulla: Cuerpo de Policía:

DATOS DEL VEHÍCULO ASEGURADO

ASEGURADO
Nombre completo:
Dirección:
Teléfono:

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:

COBERTURAS AFECTADAS

Sección I:

Choque
 Otros Daños
 Robo
 Uso Grúa
 Robo Parcial

Sección II:

Daños a Terceros
 Uso Asesoría Legal

Sección III:

Lesiones a ocupantes

CROQUIS DEL ACCIDENTE

(Dibuje la situación de los vehículos al momento del siniestro)



DATOS DEL VEHÍCULO TERCERO

TERCERO:
Nombre completo:
Dirección:
Teléfono:

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 Tercero:

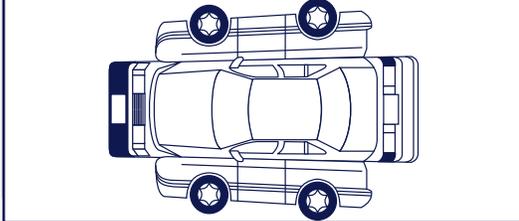
DATOS DE LA PÓLIZA

Compañía:
N° de Póliza:
Coberturas:
Vigencia:

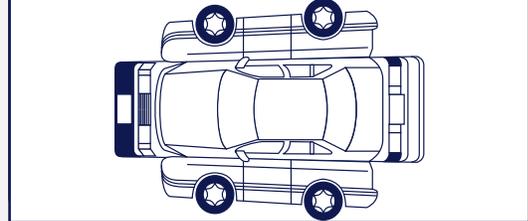
MUY IMPORTANTE

Lea detenidamente este documento antes de llenarlo. Complete toda la información requerida en los espacios en blanco, con letra de molde y envíelo con la mayor brevedad posible al **Dpto. de Reclamos de SEGUROS UNIVERSALES, S.A.** 4ª calle 7-73, Zona 9

Marque con un círculo el lugar del daño:



Marque con un círculo el lugar del daño:



CONTINÚA EN LA PARTE DE ATRÁS

Descripción de daños al vehículo asegurado

Form with 4 horizontal lines for describing damage to the insured vehicle.

Descripción de daños al vehículo tercero

Form with 4 horizontal lines for describing damage to the third party vehicle.

Reato del accidente y culpabilidad

Form with 4 horizontal lines for describing the accident and liability.

Daños causados a personas

Apellidos: _____ Nombres: _____ Edad: _____

Domicilio: _____ Teléfonos: _____

Estado del lesionado: Muerte Muy Grave Grave Leve

Apellidos: _____ Nombres: _____ Edad: _____

Domicilio: _____ Teléfonos: _____

Estado del lesionado: Muerte Muy Grave Grave Leve

Apellidos: _____ Nombres: _____ Edad: _____

Domicilio: _____ Teléfonos: _____

Estado del lesionado: Muerte Muy Grave Grave Leve

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

Form with 3 horizontal lines for other data of interest.

Form with 1 horizontal line for the signature of the insured.

PARTE DE ACCIDENTE