



La Colonial, S.A.

COMPañIA DE SEGUROS
Avenida Sarasota No. 75 • Teléfono: 508-8000 • Fax: 508-0608
Santo Domingo, República Dominicana
RNC 1-01-03122-2

AVISO DE ACCIDENTE VEHICULO DE MOTOR

Reclamación No. _____

1. DATOS DEL ASEGURADO

NOMBRE		POLIZA No.
DIRECCION		TELEFONO
LUGAR DE TRABAJO	CIUDAD	TELEFONO OFICINA

2. DESCRIPCION DEL VEHICULO ASEGURADO

TIPO	MARCA	MODELO (AÑO)	USO
			PRIVADO CARGA
CHASIS No.	REGISTRO No.	PLACA	

3. EL CONDUCTOR AL MOMENTO DEL ACCIDENTE

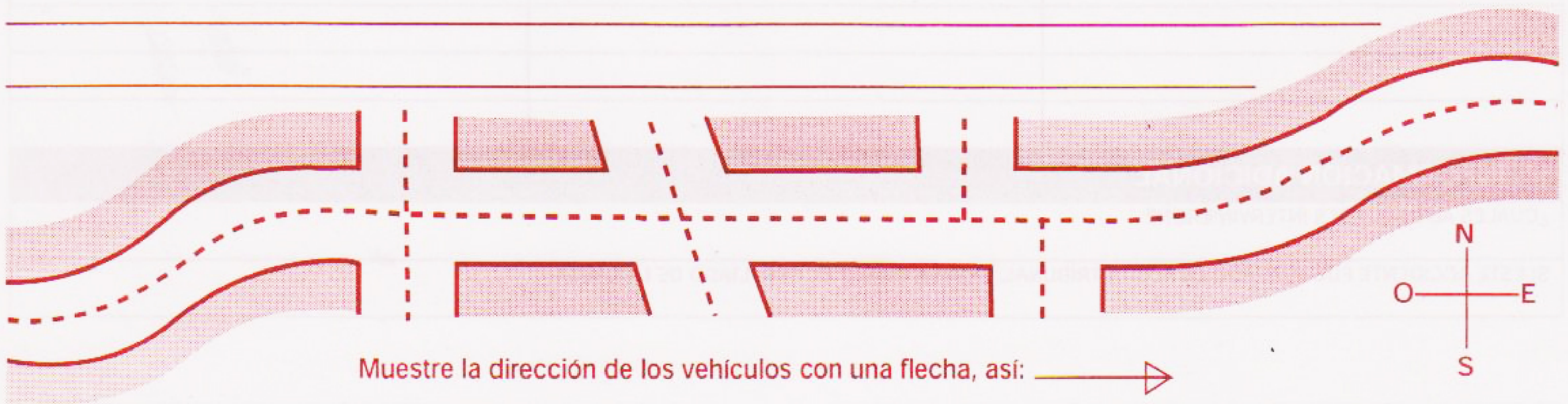
NOMBRE		CEDULA IDENTIDAD Y ELECTORAL
DIRECCION		
TRABAJO		
TIPO EMPLEO:	OCUPACION:	EDAD: ESTADO CIVIL
		<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> C

4. EL ACCIDENTE

FECHA DEL ACCIDENTE	HORA EN QUE OCURRIO EL ACCIDENTE	VELOCIDAD DEL VEH. ASEGURADO KM/HORA	DIRECCION QUE TRANSITABA EL VEHICULO ASEGURADO
LUGAR DONDE OCURRIO EL ACCIDENTE			<input type="checkbox"/> SUR A NORTE <input type="checkbox"/> NORTE A SUR <input type="checkbox"/> ESTE A OESTE <input type="checkbox"/> OESTE A ESTE
¿EN QUE LADO DE LA CALLE O CAMINO OCURRIO EL ACCIDENTE? <input type="checkbox"/> DERECHA <input type="checkbox"/> IZQUIERDA <input type="checkbox"/> CENTRO <input type="checkbox"/> PARADO			
¿EN QUE DIRECCION IBA EL OTRO VEHICULO? <input type="checkbox"/> SUR A NORTE <input type="checkbox"/> NORTE A SUR <input type="checkbox"/> ESTE A OESTE <input type="checkbox"/> OESTE A ESTE			
¿CONSIDERA USTED QUE ES CULPABLE DEL ACCIDENTE? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO			

DESCRIPCION DEL ACCIDENTE:

5. DAÑOS AL VEHICULO ASEGURADO (COMPLETAR SOLO SI FUE COLISION)



6. DAÑOS A LA PROPIEDAD AJENA

NOMBRE DEL PROPIETARIO		TELEFONO
DIRECCION	CIUDAD	
DONDE TRABAJA		TELEFONO
CONDUCTOR DEL OTRO VEHICULO		TELEFONO
DIRECCION	TRABAJO	TELEFONO

DESCRIPCION DE LOS DAÑOS

SI ES VEHICULO INDICAR	REGISTRO No.	PLACA No.	VIGENCIA PLACA	TIPO VEHIC.
	MARCA	MODELO (AÑO)	CHASIS	

ASEGURADOR	POLIZA No.
------------	------------

7. PERSONAS LESIONADAS

Nombre	Dirección y Teléfono	Naturaleza de las Lesiones

AL MOMENTO DEL ACCIDENTE ¿DONDE ESTABAN EL O LOS LESIONADOS?

¿ESTABAN EL O LOS LESIONADOS AL SERVICIO DEL ASEGURADO?

¿DONDE LLEVARON AL O LOS LESIONADOS DESPUES DEL ACCIDENTE?

¿FUE LLAMADO ALGUN MEDICO?	NOMBRE
----------------------------	--------

DIRECCION	TELEFONO
-----------	----------

8. PASAJEROS DEL VEHICULO ASEGURADO

Nombre(s) de la(s) persona(s) que viajaba(n) en el vehículo asegurado	Dirección	¿Qué relación tiene(n) con el Asegurado?

9. TESTIGOS DEL ACCIDENTE

Nombre de los testigos del accidente	Dirección	¿Dónde se encontraba en el momento del accidente?

10. INFORMACION ADICIONAL

¿CUALES AUTORIDADES INTERVINIERON?
SI ESTE ACCIDENTE FUE JUZGADO EN ALGUN TRIBUNAL, DIGA EN CUAL Y EL RESULTADO DE LA CAUSA

LUGAR Y FECHA

FIRMA DEL ASEGURADO O SU REPRESENTANTE