SEGUROS UNIVERSAL®

Reporte de Accidente de Automóviles

Datos del Asegurado

Persona física _____ (Nombres) _____ (Apellidos) _____ - _____ - _____ (Cédula)

Empresa _____ No. de Póliza AU - _____

Dirección _____ (Calle y número) _____ (Apartamento y Edificio)

_____ (Sector) _____ (Ciudad)

Teléfono Res _____ Oficina _____ Celular _____

Descripción del Vehículo del Asegurado

Marca del vehículo: _____ Tipo: _____

Chasis No. _____ Modelo: _____

Año: _____ Placa: _____ Color: _____ ☐ Público ☐ Privado

Datos del Conductor *(Completar en caso de que el conductor del vehículo no sea el asegurado)*

Nombre _____ _____ - _____ - _____ (Cédula)

Dirección _____ (Calle y número) _____ (Apartamento y Edificio)

_____ (Sector) _____ (Ciudad)

¿Qué relación tiene con el asegurado? _____

¿Dónde estaba el asegurado en el momento del accidente? _____

Datos del Accidente

Fecha _____ (Día Mes Año) Hora: _____ Lado de la calle: ☐ Izquierdo ☐ Derecho Velocidad: _____

En que dirección se trasladaba el vehículo del asegurado _____

Lugar donde ocurrió el accidente: _____

Descripción del daño del Vehiculo: _____

_____

Ubicación del vehículo actualmente: _____

En Caso de colisión con otro vehículo

Dirección en la que se trasladaba el vehículo de colisión _____

¿Cuál de los dos vehículos iba por vía de preferencia?: _____

Causa del accidente? _____

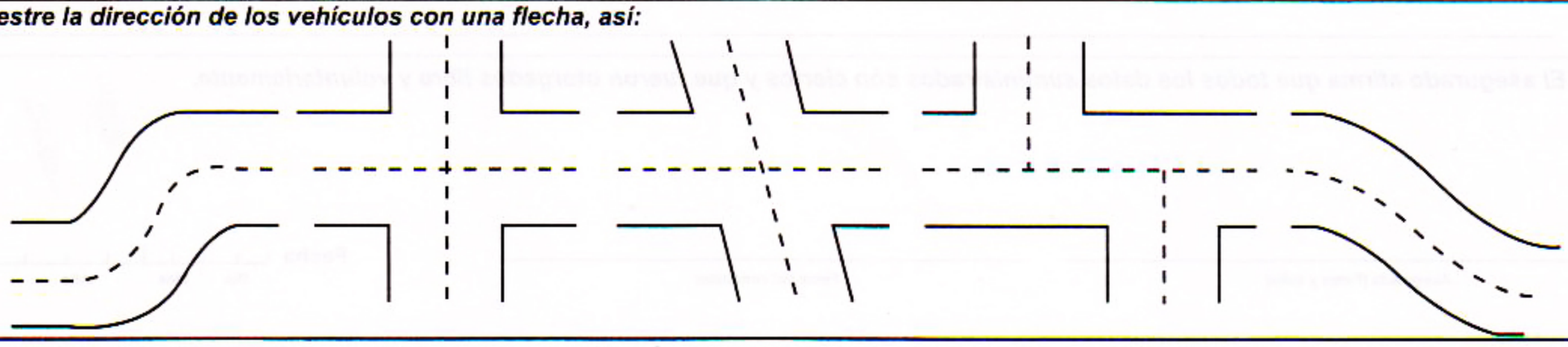
¿ Se considera culpable del accidente: ☐ Si ☐ No En caso de demanda ¿Está dispuesto a asistir al tribunal cuantas veces sea citado? ☐ Si ☐ No

Describa el accidente indicando los datos que podrán ser útil para comprender con facilidad la causa del accidente _____

_____

_____

Muestre la dirección de los vehículos con una flecha, así:



Daños a la Propiedad de Otros:

☐ Vehículo ☐ Otros Propietario _____ Teléfono: _____

Año _____ Chasis No. _____ Marca del vehículo _____

☐ Público ☐ Privado Placa Vehículo _____ Conductor _____

_____ Teléfono: _____

¿Con qué compania está asegurado? _____ Póliza No.: ___ - _____

***Si además se produjeron daños a la propiedad de otras personas, favor incluir los datos en una hoja anexa.**

Descripción daño _____

_____

_____

Lesión a Persona

Nombre y Apellido: _____

_____

Dirección _____

_____

_____

Ocupación _____ Naturaleza de las lesiones _____

_____

Ubicacion de la persona lesionada, en el momento que se produjo el accidente _____

Relación con el Asegurado _____ Lugar donde fue trasladado después dle accidente _____

Hospital o clinica donde fue trasladado despues del accidente: _____

***Si existe más de una persona lesionada, incluir los datos anteriormente solicitados, en relación con cada uno de ellos por separado, en una hoja anexa.**

Pasajeros del Vehículo Asegurado:

Nombre y Apellido: _____

_____

Dirección y teléfono _____

¿Dónde se encontraba al momento del accidente?: _____

Relación con el Asegurado: _____

Tipo de lesión del pasajero: _____

Testigos Importantes del Accidente

Nombres y Apellidos:

1. _____ Teléfono: _____
2. _____ Teléfono: _____
3. _____ Teléfono: _____

¿Cuáles autoridades intervinieron? _____

Comentarios adicionales: _____

_____

_____

El asegurado afirma que todos los datos suministrados son ciertos y que fueron otorgados libre y voluntariamente.

_____ _____ **Fecha** ___ ___ ____

Asegurado (Firma y sello) **Firma del conductor** **Dia Mes Año**

_____

Corredor (Firma y sello)

Los accidentes deben ser avisados inmediatamente a la compañía o en las siguientes 24 horas, anexando o remitiendo posteriormente toda la información o notificación que reciba el asegurado en relación con el mismo.