



**ace seguros**

## AVISO DE ACCIDENTES DE SEGUROS DE VEHICULOS

POLIZA No. \_\_\_\_\_

ITEM No. \_\_\_\_\_

ASEGURADO	Nombre: _____ Edad: _____ Dirección: _____ Telf: _____					
VEHICULO DEL ASEGURADO	Año	Marca	Tipo	Placa N°	Motor N°	Chasis / Serie N°
PERSONAS HERIDAS	1.	Nombre _____ Edad _____ Dirección _____ Telf: _____ Heridas _____ Nombre del Médico y Hospital _____				
	2.	Nombre: _____ Edad _____ Dirección _____ Telf: _____ Heridas _____ Nombre del Médico y Hospital _____				
	3.	(Continúese en otra hoja si es necesario)				
AUTOMOVIL O PROPIEDAD DEL CONTRARIO	Nombre del Propietario _____ Nombre del Conductor _____ Dirección del Propietario _____ Edad del Conductor _____ Describase el automóvil o la Propietario _____ _____ Descripción de los daños _____ _____ Valor aproximado de los daños _____ _____					
DAÑOS AL VEHICULO ASEGURADO	Descripción de los daños _____ _____ _____ _____ _____ Valor aproximado de los daños o pérdidas:					

TESTIGOS

Dar nombre completo y dirección de cada persona que sepa algo acerca del accidente, inclusive de los ocupantes de los vehículos

\_\_\_\_\_
\_\_\_\_\_
\_\_\_\_\_
\_\_\_\_\_
\_\_\_\_\_
\_\_\_\_\_
\_\_\_\_\_

INFORME DE POLICIA

Nombre del Oficial que elevó el parte \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Observaciones \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

El vehiculo era conducido por \_\_\_\_\_ N° de Licencia \_\_\_\_\_

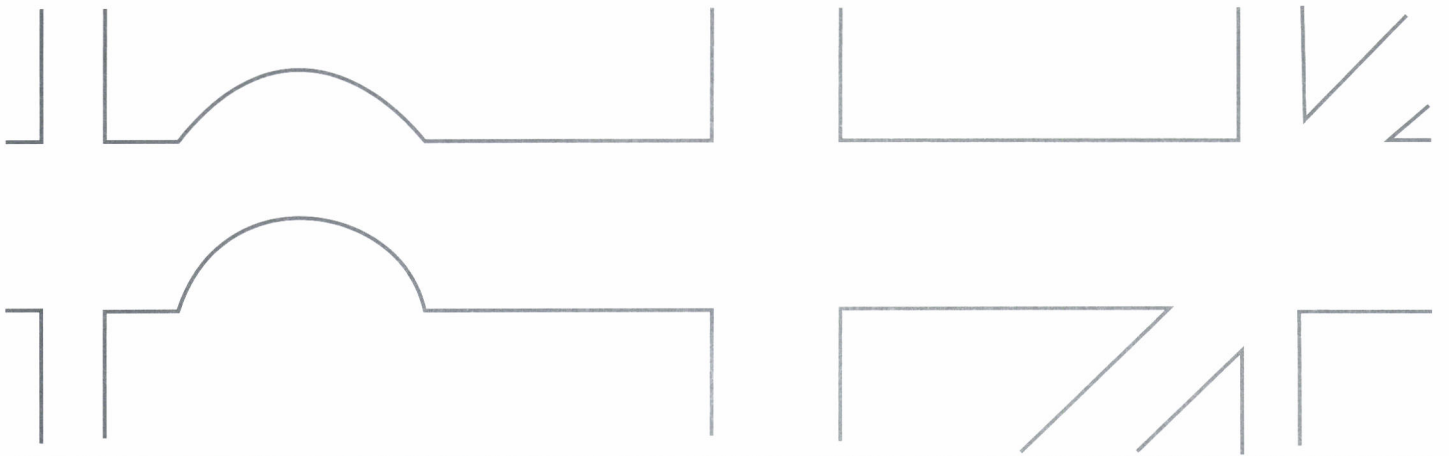
\_\_\_\_\_

Explíquese el accidente o la pérdida con detalles y complétese el diagrama.

Fecha \_\_\_\_\_ Hora \_\_\_\_\_

Lugar \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_
\_\_\_\_\_
\_\_\_\_\_
\_\_\_\_\_
\_\_\_\_\_
\_\_\_\_\_
\_\_\_\_\_
\_\_\_\_\_



Este Formulario debe usarse para informar de todo accidente o pérdida en la que esté involucrado el vehículo asegurado. Envíese inmediatamente con la información completa, adjunto copia de la licencia de conducir del conductor y matrícula del vehículo asegurado.

Fecha de este aviso \_\_\_\_\_

FIRMA

No. C.I.