



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 _____

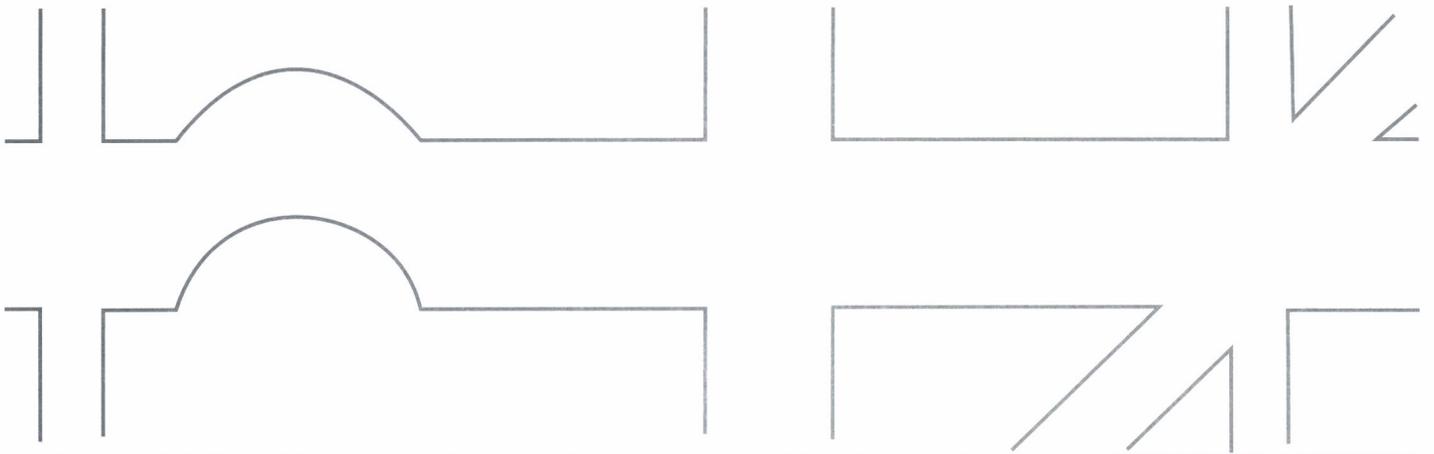
Observaciones _____

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.