

Código: SPN-F.GSA-05

Reclamo No. _____

Póliza No.

Nombre del Asegurado: _____

Dirección para envío de correspondencia: _____

Teléfono fijo: _____ Celular: _____ E-mail: _____

Dirección en donde ocurrió el siniestro: _____

Fecha del accidente: Hora: _____ ¿Utilizó el servicio de la asistencia? Si No

Si su respuesta es NO ¿Por qué? _____

DATOS DEL VEHÍCULO ASEGURADO

Marca: _____ Modelo: _____ Año: _____ Motor No.: _____

Chasis No.: _____ No. de Placa: _____ No. de Unidad: _____

DATOS DEL CONDUCTOR DEL VEHÍCULO ASEGURADO

Nombre de la persona que conducía el vehículo en el momento de ocurrir el accidente: _____

¿Qué relación o parentesco tiene con el asegurado? _____

Número de identidad: _____ Fecha de nacimiento: _____ Licencia tipo: _____

Número: _____ Fecha de vencimiento: _____ Dirección del conductor: _____

_____ Teléfono fijo: _____ Celular: _____

INFORMACION RELACIONADA CON EL ACCIDENTE

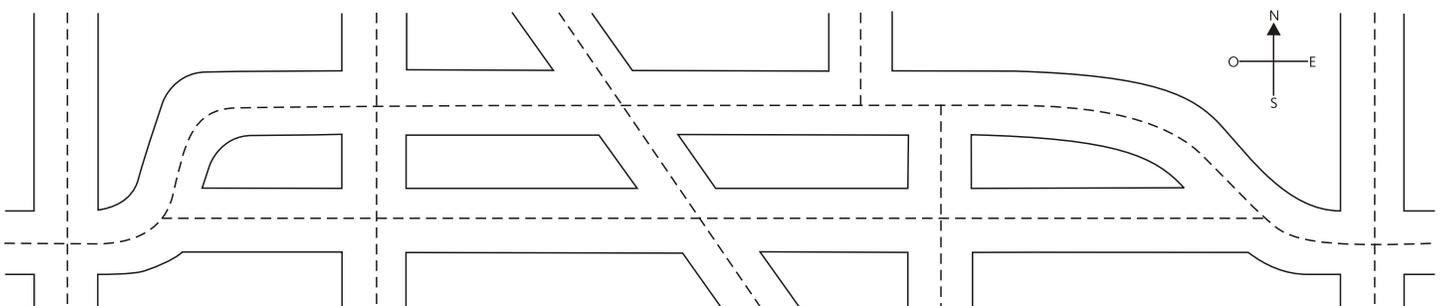
¿A quién se atribuye la responsabilidad del Accidente? _____

¿Qué autoridad tuvo conocimiento del accidente? _____

¿En dónde se encuentra el vehículo asegurado? _____

Si el vehículo fue detenido, indique ¿en dónde se encuentra y qué comisaría o juzgado conoce del caso? _____

Describa con pormenores el accidente y utilice el dibujo que aparece a continuación para mostrar gráficamente la posición del vehículo que usted conducía y el (los) otro (s) en caso de que hubiera (n), agregando todo lo que usted considere sea importante: _____



Descripción de los daños al vehículo asegurado: _____

DATOS DE ACOMPAÑANTES

Nombre

Dirección

Teléfono

DATOS DE TESTIGOS (SI ESTÁ DISPONIBLE)

Nombre de testigo

Dirección

Teléfono

DATOS DEL CULPABLE

Nombre de la persona que conducía el vehículo:

Dirección: _____ Teléfono fijo: _____ Celular: _____

Edad: _____ Licencia tipo: _____ Número: _____ Fecha de vencimiento: _____ Marca del vehículo: _____

Modelo: _____ Año: _____ Motor No.: _____ Chasis No.: _____ No. de Placa: _____

Nombre y dirección del propietario del vehículo: _____

¿Hay compromiso de pago firmado? Si No

OBSERVACIONES: _____

DATOS DE EL (LOS) TERCERO(S) AFECTADO(S)**A. Daños a la propiedad ajena:****Item 1****Item 2**

Bien afectado

Nombre del propietario

Número telefónico fijo/móvil

Dirección

Características del bien afectado

¿En qué lugar se encuentra el bien?

Descripción del daño

B. Lesiones a personas:

Nombre de lesionados

Dirección

Teléfono

Tipo de lesiones _____

Si hubo hospitalización, indique en qué hospital(es): _____

Nombre: _____ Identidad: _____

Firma del asegurado: _____ Fecha: _____