



ASEGURADORA
Fortaleza
¡Tu Seguro!

Denuncia de Accidente Automotor

Póliza Nro.

Reclamo Nro.

Datos Asegurado

Nombre

Teléfono

Dirección

Correo Electrónico

Datos del Conductor

Nombre conductor

Licencia

Vencimiento

Categoría

Edad

Años

Correo Electrónico

Celular

Datos del Vehículo

Tipo Vehículo

Modelo

Marca

Placa

Propietario actual

Uso del vehículo

Detalle del Accidente

Lugar del hecho

Fecha

Hora

Breve detalle del accidente

Autoridad que intervino

Caso Nro.

Asignado al caso

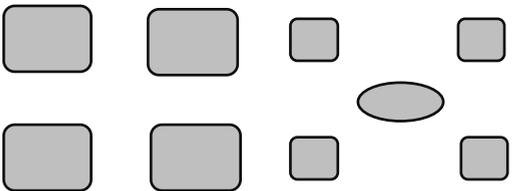
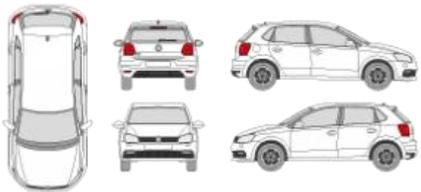
Celular

Detalle de los daños sufridos por el vehículo asegurado

De donde venia

Hacia donde se dirigía

Observaciones Ejecutivo

Daños a Terceros							
Daños a Vehículos Terceros							
Propietario						Celular	
Dirección				Correo electrónico			
Conductor						Celular	
Tipo		Modelo		Marca		Placa	
Propietario						Celular	
Dirección				Correo electrónico			
Conductor						Celular	
Tipo		Modelo		Marca		Placa	
Propietario						Celular	
Dirección				Correo electrónico			
Conductor						Celular	
Tipo		Modelo		Marca		Placa	
Lesión Personas							
Nombre				Carnet de Identidad			
Dirección						Celular	
Descripción de la lesión							
Nombre				Carnet de Identidad			
Dirección						Celular	
Descripción de la lesión							
Nombre				Carnet de Identidad			
Dirección						Celular	
Descripción de la lesión							
Daños a Propiedades							
Nombre				Carnet de Identidad			
Dirección						Celular	
Descripción de los daños							
Nombre				Carnet de Identidad			
Dirección						Celular	
Descripción de los daños							
Croquis del Accidente				Daños del Vehículo Asegurado			
							
				Favor marcar o señalar las partes dañadas			
Firma del Asegurado o Representante							
Declaro que toda la información es verdadera y doy mi autorización a la Compañía para verificaciones adicionales según sea necesario							

Lugar y fecha

Firma

Asegurado o Representante