

AVISO DE ACCIDENTE SEGURO DE AUTOMOVIL

No. Póliza	No. Expediente	Vigencia
------------	----------------	----------

I. DATOS GENERALES

Nombre del Asegurado:				No. Identidad:			
Ocupación:							
Dirección:				Teléfono:		Apdo. Postal:	
Nombre del Conductor:				No. Identidad:			
Ocupación:							
Dirección:				Teléfono:		Apdo. Postal:	
Fecha de Nacimiento:		Día:	Mes	Año	Edad:		Licencia No.
Fecha de Expedición:		Día:	Mes	Año	Lugar de Trabajo:		

II. DATOS DEL AUTOMÓVIL ASEGURADO

Marca	Modelo:	Serie de Chasis:			Año:
No. Motor:			Placa No.		Color:
Uso del Automóvil				Acreedor Prendario:	

III. DECLARACIÓN DEL ACCIDENTE

Fecha	Día:	Mes:	Año:	Hora:	Ciudad:	Departamento:
Lugar del accidente:					Otras señas:	
¿Quién autorizó el uso del automóvil asegurado?						
Autoridad que hizo el reporte:						
Declaración del conductor: Cómo sucedió el accidente y las causas que lo provocaron:						
Daños sufridos por el automóvil asegurado:						

IV. DATOS DE LOS TERCEROS RESPONSABLES O CULPABLES DEL ACCIDENTE

Nombre del propietario:				Teléfono:			
Dirección:							
Nombre del conductor:				Teléfono:			
Dirección:							
Placa No.:			Marca:			Color:	
Dirección Comercial:							

V. DESCRIPCIÓN DE OTRO AUTOMÓVIL O DAÑOS A LA PROPIEDAD DE TERCEROS

Nombre del propietario:		Teléfono:
Dirección:		
Nombre del conductor:		Teléfono:
Dirección:		
Placa No.:	Marca:	Color:
Descripción de los daños:		

VI. DATOS DE PERSONAS LESIONADAS

Nombre:	Edad	Identidad No.	Clase de Lesión	Lesiones
Dirección:	Relación Asegurado		<input type="checkbox"/> Automóvil Propio <input type="checkbox"/> Otro automóvil <input type="checkbox"/> Peatón	
Nombre:	Edad	Identidad No.	Clase de Lesión	Lesiones
Dirección:	Relación Asegurado		<input type="checkbox"/> Automóvil Propio <input type="checkbox"/> Otro automóvil <input type="checkbox"/> Peatón	
Nombre:	Edad	Identidad No.	Clase de Lesión	Lesiones
Dirección:	Relación Asegurado		<input type="checkbox"/> Automóvil Propio <input type="checkbox"/> Otro automóvil <input type="checkbox"/> Peatón	
Hospital donde fueron atendidos:			No. de heridos	No. de Muertos

Asimismo, autorizó a Equidad Compañía de Seguros, S.A., registrar en la Base de Datos de la Central de Información Sistema Asegurador (CISA) cualquier reclamo presentado y amparado bajo la Póliza de la cual forma parte el presente documento.

Declaramos que los datos contenidos en esta denuncia han sido revisados por nosotros y son una verdadera declaración de los hechos:

Lugar y fecha de notificación:	
FIRMA DEL ASEGURADO	FIRMA DEL CONDUCTOR

Como requisito indispensable para agilizar el trámite de su reclamo, presente los siguientes documentos:

- Licencia del conductor
- Boleta circulación de vehículos participantes (A-C)
- Parte de tránsito con su fallo
- Carta de reclamo de la empresa asegurada
- Presupuestos de reparación (3)
- Cotización de repuestos
- Autorización del asegurado para atender reclamo por riesgo "C"