

## DECLARACION DE ACCIDENTE DE VEHICULOS

Asegurado: \_\_\_\_\_ Siniestro No.: \_\_\_\_\_  
Dirección: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_  
Póliza: \_\_\_\_\_ Ítem: \_\_\_\_\_ Mail Asegurado: \_\_\_\_\_

### **VEHICULO ASEGURADO**

Marca: \_\_\_\_\_ Modelo: \_\_\_\_\_ Año: \_\_\_\_\_ Color: \_\_\_\_\_  
Placa: \_\_\_\_\_ Motor: \_\_\_\_\_ Chasis: \_\_\_\_\_  
Detalles de los daños del vehículo: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

¿Taller donde se encuentra el vehículo?: \_\_\_\_\_

### **DATOS DEL ACCIDENTE**

Lugar donde ocurrió el siniestro (calles, sector, referencias, etc.): \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

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

Explique detalladamente como ocurrió el accidente: (detallar el siniestro. ¿existían señales de tránsito?, condiciones del vehículo, condiciones ambientales, etc.) \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Se impactó contra alguien: \_\_\_\_\_ SI \_\_\_\_\_ NO  
A juicio del conductor del vehículo asegurado, ¿Quién es el responsable del accidente?: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

### **CONDUCTOR VEHICULO ASEGURADO**

Nombres y apellidos: \_\_\_\_\_  
Dirección: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_  
Relación con el asegurado: \_\_\_\_\_  
Licencia No.: \_\_\_\_\_ Categoría: \_\_\_\_\_ Expedida en: \_\_\_\_\_  
Válida hasta: \_\_\_\_\_  
Mail del conductor: \_\_\_\_\_

**DATOS SOBRE EL VEHICULO CONTRARIO:**

Marca: \_\_\_\_\_ Modelo: \_\_\_\_\_ Placas: \_\_\_\_\_ Color: \_\_\_\_\_ Año: \_\_\_\_\_  
 Asegurado en la Compañía: \_\_\_\_\_ Póliza No: \_\_\_\_\_  
 Propietario: \_\_\_\_\_  
 Dirección: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_  
 Conductor: \_\_\_\_\_  
 Dirección: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_  
 Intervinieron otros vehículos o resultaron perjudicados, facilite los datos: \_\_\_\_\_

**DETALLE DE DAÑOS DEL VEHICULO CONTRARIO**

Taller donde se encuentra el vehículo?: \_\_\_\_\_

**TESTIGOS DEL ACCIDENTE NOMBRES Y DIRECCIONES**

**DATOS ADICIONALES**

¿Existió parte policial?: \_\_\_\_\_  
 ¿Qué agentes tomaron nota del parte?: \_\_\_\_\_  
 ¿En caso de no existir parte policial, explique por qué?: \_\_\_\_\_  
 ¿Está detenido el conductor?: \_\_\_\_\_

**PERSONAS HERIDAS**

Nombres: \_\_\_\_\_ Teléfonos: \_\_\_\_\_  
 Dirección: \_\_\_\_\_  
 Tipo de golpes o heridas sufridas: \_\_\_\_\_  
 Con qué compañía de seguros mantiene su Soat: \_\_\_\_\_

Observaciones del asegurado: \_\_\_\_\_

El que suscribe declara que los datos son verdaderos en todas sus partes

NOTA: La falsa declaración dará lugar a la negativa del caso por la Compañía. En \_\_\_\_\_ a, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ del 20\_\_

(FIRMA DELASEGURADO)

**CROQUIS DEL LUGAR DEL ACCIDENTE**

