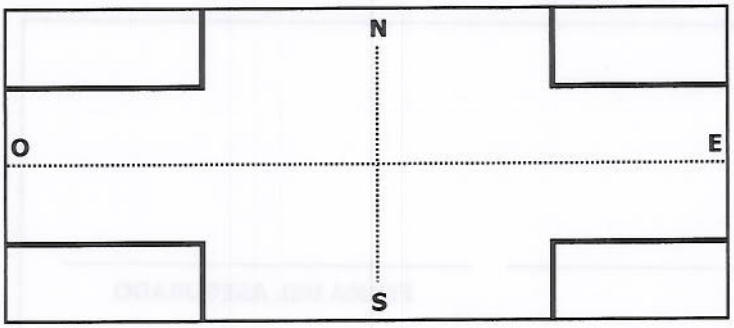
FORMULARIO DE AVISO DE SINIESTRO

Seguros Constitución
Innovamos para Servir

Por favor responder cada una de las preguntas y envíese este documento a la compañía aseguradora, adjuntar fotocopia de: licencia, denuncia, parte de novedades, matricula.

EL ASEGURADO	Nombre:_____ Celular:_____ Dirección:_____ Póliza Nro.:_____
VEHÍCULO ASEGURADO	Marca:_____ Año:_____ Modelo:_____ Tipo:_____ Tipo Cabina:_____ Color: _____ Motor Nro.:_____ Placas: _____ Chasis Nro.:_____ Cantidad de Puertas:_____
EL CONDUCTOR	¿ Era el vehículo manejado por el Asegurado ? SI_____ NO_____ ¿ Si no era conducido por el, quien lo autorizó? _____ ¿ Que relación tiene con el Asegurado ? _____ Nombre: _____ Edad: _____ Dirección: _____ Profesión: _____ Clase de licencia: Profesional: ___ Sportman: ___
EL ACCIDENTE	Fecha del Accidente: _____ Hora: _____ Lugar: (Ciudad, calle, carretera) _____ ¿ En que dirección rodaba el vehículo asegurado ? _____ _____ Velocidad: _____ Explique detalladamente el accidente o la perdida y complete el diagrama: _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____

CROQUIS DEL LUGAR DEL ACCIDENTE



SI NO ADAPTA EL CROQUIS, FAVOR USAR EL ESPACIO EN BLANCO

DAÑOS AL VEHÍCULO ASEGURADO

Seguros Constitución

Descripción del daño o la perdida: _____

¿ Intervino la autoridad correspondiente ? SI _____ NO _____

¿ Hubo parte policial ? SI _____ NO _____

¿ Ubicación del vehículo siniestrado asegurado ? _____

DAÑOS A TERCEROS RESP. CIVIL

VEHÍCULO _____ VIVIENDA _____

Nombre del Propietario: _____

Dirección: _____

Si es un vehículo proporcione: Placas: _____

Marca: _____ Tipo: _____ Color: _____

Asegurado en la Compañía: _____

TESTIGOS DEL ACCIDENTE

Nombres y direcciones de cada una de las personas que sepan acerca del accidente, inclusive de los ocupantes: _____

¿ Que agente estuvo presente ? _____

PERSONAS HERIDAS

Nombres y direcciones: _____

¿ Que relación tiene con el Asegurado ? _____

Nombre del Medico y Hospital donde recibieron los primeros auxilios: _____

Descripción de la lesiones: _____

Lugar y fecha: _____ _____

FIRMA DEL ASEGURADO

El presente formulario fue aprobado por la Súper de Bancos, con Resolución No. 94-383-S de Noviembre 1 de 1994.