



**ASEGURADO**

**PERSONA FÍSICA** - Nombre y Apellido: \_\_\_\_\_ Cédula: \_\_\_\_\_

**EMPRESA** - Nombre: \_\_\_\_\_ RNC: \_\_\_\_\_ No. de Póliza: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Email: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_ Oficina: \_\_\_\_\_ Celular: \_\_\_\_\_

**VEHÍCULO DEL ASEGURADO**

Marca vehículo: \_\_\_\_\_ Año: \_\_\_\_\_ Tipo: \_\_\_\_\_ Chasis No.: \_\_\_\_\_

Placa: \_\_\_\_\_ Color: \_\_\_\_\_ Público: \_\_\_\_\_ Privado: \_\_\_\_\_

**CONDUCTOR (EN CASO DE QUE EL CONDUCTOR DEL VEHÍCULO NO SEA EL ASEGURADO)**

Nombre y Apellido: \_\_\_\_\_ Cédula: \_\_\_\_\_

Email: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_ Oficina: \_\_\_\_\_ Celular: \_\_\_\_\_

Relación con el asegurado: \_\_\_\_\_

Lugar del asegurado en el momento del accidente: \_\_\_\_\_

**DATOS DEL ACCIDENTE**

Fecha: \_\_\_\_\_ Hora: \_\_\_\_\_ Velocidad: \_\_\_\_\_ Lado: Izquierdo Derecho

Dirección por donde se trasladaba el vehículo del asegurado: \_\_\_\_\_

Lugar donde ocurrió el accidente: \_\_\_\_\_

Descripción del accidente o siniestro: \_\_\_\_\_

Descripción del daño del Vehículo: \_\_\_\_\_

Ubicación del vehículo actualmente: \_\_\_\_\_

**EN CASO DE COLISIÓN CON OTRO VEHÍCULO**

Dirección en la que se trasladaba el vehículo de colisión: \_\_\_\_\_

¿Cuál de los dos vehículos iba por vía de preferencia? \_\_\_\_\_ ¿Se considera usted culpable del accidente?: Si No

Descripción del accidente o siniestro: \_\_\_\_\_

**DAÑOS A LA PROPIEDAD DE OTROS**

	Vehículo	Otros	Especifique:
--	----------	-------	--------------

Nombre y Apellido del propietario: \_\_\_\_\_ Cédula: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Marca vehículo: \_\_\_\_\_ Año: \_\_\_\_\_ Tipo: \_\_\_\_\_ Chasis No. \_\_\_\_\_

Placa: \_\_\_\_\_ Color: \_\_\_\_\_ Vehículo para uso: Privado o Público \_\_\_\_\_

Conductor: \_\_\_\_\_ Cédula: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Aseguradora: \_\_\_\_\_ Póliza No. \_\_\_\_\_

**SI SE PRODUJERON OTROS DAÑOS, A LA PROPIEDAD DE OTRAS PERSONAS**

Nombre y Apellido del propietario: \_\_\_\_\_ Cédula: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Descripción daño: \_\_\_\_\_

**LESIÓN A PERSONAS:**

Nombre y Apellido: \_\_\_\_\_ Cédula: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Relación con el Asegurado: \_\_\_\_\_ Naturaleza de las lesiones: \_\_\_\_\_

Ubicación de la persona lesionada en el momento del accidente: \_\_\_\_\_

Lugar de trasladado después del accidente: (Hospital o Clínica): \_\_\_\_\_

\*si existe más de una persona lesionada, incluir los datos anteriormente solicitados, en relación con cada uno de ellos por separado, en una hoja anexa.

**PASAJEROS DEL VEHÍCULO ASEGURADO**

Nombre y Apellido: \_\_\_\_\_ Cédula: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Lugar en el vehículo al momento del accidente: \_\_\_\_\_ Relación con el Asegurado: \_\_\_\_\_

Naturaleza de las lesiones: \_\_\_\_\_

**TESTIGOS IMPORTANTES DEL ACCIDENTE**

Nombre y Apellido: \_\_\_\_\_ Cédula: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Nombre y Apellido: \_\_\_\_\_ Cédula: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Nombre y Apellido: \_\_\_\_\_ Cédula: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

¿Cuáles autoridades intervinieron? \_\_\_\_\_

Comentarios adicionales: \_\_\_\_\_

El asegurado afirma que todos los datos suministrados son ciertos y que fueron otorgados libre y voluntariamente.

\_\_\_\_\_  
**Asegurado**  
(Firma y sello)

\_\_\_\_\_  
**Firma**  
del conductor

\_\_\_\_\_  
**Fecha**  
Día/Mes/Año

\_\_\_\_\_  
**GARRIGO REASESORES**  
Corredor (Firma y Sello)

Los accidentes deben ser avisados inmediatamente a la compañía o en las siguientes 24 horas, anexando o remitiendo posteriormente toda la información o notificación que reciba el asegurado en relación con el mismo.