



Compañía de Seguros, S.A.

## Formulario para Reporte de Accidente o Robo

Póliza: \_\_\_\_\_

ES-RA-F-01 Ver.02

Asegurado	Nombre:				DUI:	
	Dirección:					
	Email:			Celular:	Teléfono:	Ofic.:
Vehículo Asegurado	Marca:	Modelo:	Año:	Placa:	Color:	
	No. Motor:		No. Chasis:			
Datos del Accidente o Robo	Fecha del evento:		Hora:	Lugar exacto:		
	Descripción detallada del evento:					
Daños al vehículo asegurado	Descripción de los daños al vehículo asegurado:					
	Taller Seleccionado o Dirección donde se puede ver el vehículo:					
Ocupantes del vehículo asegurado	Nombre		DUI	Descripción de Lesiones		Hospital
Datos del Conductor	Nombre del Conductor:			Email:		
	DUI:		Licencia:	Edad:	Teléfono:	Celular:
	Dirección:					
	¿Cuál es su relación con el asegurado?		Familiar	Empleado	Otro (especifique):	
Datos de las Autoridades	¿Se ha notificado el caso a las autoridades?		SI	NO	Fecha de notificación:	
	¿Se considera usted culpable?		SI	NO		
	¿Qué compromiso se estableció con la persona que resultó culpable del evento?					

**IMPORTANTE:** De no presentar la denuncia a las autoridades de tránsito en el lugar del evento podría perder de manera parcial o total los beneficios que la póliza le otorga.  
Es requisito imprescindible presentar adjunto al Formulario: Copia de Tarjeta de Circulación de los vehículos involucrados y Copia de Licencia de Conducir de las personas involucradas

Datos de Terceros	Afectado 1	Propietario:			DUI:	
		Dirección:			Teléfono:	
		Conductor:			Teléfono:	
		Daños al vehículo u otra clase de bienes:				
		Placa:	Marca:	Modelo:	Año:	Color:
		¿Está Asegurado?	SI	NO	Nombre de la Aseguradora:	
	Taller seleccionado:					
	Afectado 2	Propietario:			DUI:	
		Dirección:			Teléfono:	
		Conductor:			Teléfono:	
		Daños al vehículo u otra clase de bienes:				
		Placa:	Marca:	Modelo:	Año:	Color:
¿Está Asegurado?		SI	NO	Nombre de la Aseguradora:		
Taller seleccionado:						
Lesiones a Terceros	Nombre	DUI	Descripción de Lesiones		Hospital	

**En caso de lesiones corporales deberá presentarse facturas originales de gastos de hospital, farmacia y de los médicos que intervinieron en el caso.**

¿Se le entregó el Listado de Talleres de Red?	SI	NO
---	----	----

Bajo gravedad de juramento, declaro que los datos contenidos en este aviso de siniestro han sido examinados por el firmante y constituyen una verdadera y completa declaración de los hechos. Me obligo a suministrar a Assa Compañía de Seguros, S.A., todos los informes que me solicite con respecto al siniestro o la indemnización, y faculto a ésta Aseguradora, para que en mi nombre pueda requerir información relativa a este reclamo. Me comprometo a no aceptar responsabilidad sin el consentimiento previo y escrito de la Aseguradora, y hacer de su conocimiento en forma inmediata cualquier notificación o reclamo que reciba sobre el evento.

\_\_\_\_\_ el \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma del Asegurado

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