SEGUROS CREFISA, S. A.

AVISO DE ACCIDENTE SEGURO DE AUTOMOVIL

PÓLIZA	CERTIFICADO	VIGENCIA

DATOS DEL ASEGURADO

NOMBRE _____ CELULAR _____

DIRECCION _____

TEL. FAX:

DATOS DEL CONDUCTOR

NOMBRE _____ CELULAR _____

DIRECCION _____ TEL. _____

EDAD _____ LICENCIA _____ VENCIMIENTO _____

DATOS DEL VEHICULO ASEGURADO

MARCA	TIPO	MODELO
SERIE No.	MOTOR No.	
PLACA	AÑO	COLOR

DATOS DEL ACCIDENTE

FECHA HORA LUGAR

DATOS DEL VEHICULO ASEGURADO

QUIEN AUTORIZO EL USO DEL VEHICULO ASEGURADO: _____

DECLARACION DEL CONDUCTOR: COMO SUCEDIO EL ACCIDENTE Y LAS CAUSAS QUE LO PROVOCARON

DAÑOS SUFRIDOS POR EL VEHICULO ASEGURADO:

LESIONES SUFRIDAS POR LOS OCUPANTES DEL AUTOMOVIL ASEGURADO (CONSIGNAR NOMBRES):

DAÑOS EN LA PROPIEDAD DE TERCEROS

NOMBRE DEL PROPIETARIO: _____

DIRECCION _____ TEL. _____

NOMBRE DEL CONDUCTOR: _____ LICENCIA: _____ VENCE: _____

VEHICULO: _____ TIPO: _____ MODELO O (AÑO): _____

SERIE: _____ MOTOR: _____ COLOR: _____ PLACA: _____

DESCRIPCION DE LOS DAÑOS A TERCEROS: _____

LESIONES CAUSADAS POR ATROPELLO DE PERSONAS (CONSIGNAR NOMBRES Y HOSPITALES):

REPORTO EL ACCIDENTE A LAS AUTORIDADES DE TRANSITO?

OBSERVACIONES:

DECLARAMOS QUE LOS DATOS CONTENIDOS EN ESTA DENUNCIA HAN SIDO REVISADOS POR NOSOTROS Y SON UNA VERDADERA DECLARACION DE LOS HECHOS SOLICITADOS.

_____ DE _____ DE 20 _____

_____
FIRMA DEL CONDUCTOR

_____
FIRMA Y SELLO DEL ASEGURADO

DIMOGRAFIC TEL.: 237-1120