



## Informe de Accidente de Automóviles

Día	Mes	Año

### Información del Asegurado

Contratante de la Póliza:			
Asegurado:		Corredor:	
Dirección:		Teléfonos:	
Número de Póliza:	Certificado:	E-mail:	
Coberturas:	Valor Asegurado:	Deducible:	

### Descripción del Automóvil Asegurado

Marca:	Modelo:	Tipo:	Placa:
Chasis:	Motor:	Kilometraje:	
Color:	Año:		

### Información del Conductor

Nombre:	Apellido	Cédula:	
Dirección:			
Fecha de Nacimiento:	Edad:	Sexo:	Teléfono
Número de Licencia:	Tipo:	Vence:	Fecha Emisión:
¿Qué relación tiene con el Asegurado?			

### Información del Accidente

Fecha:	Hora:	Velocidad:
Lugar del accidente:		

### Descripción del Accidente


### Daños que presenta el vehículo


¿Se traslado el auto a algún taller u otro lugar?	Por:
---	------

Señalar si hubo parte policivo	SI	NO	Número de Boleta o Formato:
--------------------------------	----	----	-----------------------------

¿A su criterio quién fue el culpable? Importante:
---

Mapa del Accidente  
Muestre la dirección de los vehículos con una flecha

## Informe de Accidente de Automóviles (Continuación)

### Información de Terceros Afectados o Terceros Culpables

Nombre del Propietario:		
Dirección del Propietario:		
Nombre del Conductor:	Culpable SI o NO:	Cédula:
Dirección del Conductor Responsable:		

Fecha de Nacimiento:	Edad:	Teléfono:
Número de Licencia:	Tipo:	Vence:
Fecha de Emisión:		
<b>EN CASO DE SER CULPABLE EL TERCERO ES IMPORTANTE LLENAR LA SIGUIENTE INFORMACIÓN QUE DEBERÁ SER CONFIRMADA POR ASISTENCIA</b>		
Nombre, Dirección y Teléfono de la empresa donde trabaja:		
Nombre y Teléfono de un familiar que no viva con él:		
Dirección de algún familiar:		

**Descripción del Automóvil (Tercero 1)**

Marca:	Modelo:	Tipo:	Placa:
Chasis:	Motor:	Kilometraje:	
Color:	Año:	Cía. de Seguro y Nº. de póliza:	
Daños que presenta el vehículo:			
¿Se traslado el auto a algún taller u otro lugar?			Por:

**Descripción del Automóvil (Tercero 2)**

Marca:	Modelo:	Tipo:	Placa:
Chasis:	Motor:	Kilometraje:	
Color:	Año:	Cía. de Seguro y Nº. de póliza:	
Daños que presenta el vehículo:			
¿Se traslado el auto a algún taller u otro lugar?			Por:

**Descripción de Daños a la Propiedad Ajena**


**Información de Lesionados Ocupantes del Vehículo Asegurado**

Nombre	Cédula	Teléfono	Celular	Naturaleza de las Lesiones	Hospital

**Información de Lesionados Ocupantes del Vehículo Tercero**

Nombre	Cédula	Teléfono	Celular	Naturaleza de las Lesiones	Hospital

Declaro haber descrito fielmente todos los datos relativos al accidente y a mi reclamación y estar dispuesto a facilitar toda la información que MULTIBANK SEGUROS, S.A. pudiera pedirme con respecto al siniestro y/o a la indemnización.

Hago constar que ninguno de los términos, condiciones y estipulaciones de la póliza, han sido violados por cualquier acto mío, ni por acciones de cualquier otra persona con mi consentimiento. Me comprometo a no aceptar ninguna responsabilidad sin el previo consentimiento escrito de la Aseguradora. Cualquier notificación o reclamación que reciba en relación con este accidente, me comprometo de igual forma a enviarla directamente a MULTIBANK SEGUROS, S.A.

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

Firma del Personal de Asistencia: \_\_\_\_\_

Firma del Conductor: \_\_\_\_\_