

Póliza No.  

## AVISO DE ACCIDENTE DE AUTOMÓVIL

### Datos del Asegurado

**Nombres y Apellidos:** \_\_\_\_\_

**Dirección:** \_\_\_\_\_  
Calle/Número Apartamento/Edificio Sector Ciudad

**Cédula/RNC Nro.:** \_\_\_\_\_ **Correo Electrónico:** \_\_\_\_\_

**Teléfonos:** \_\_\_\_\_  
Residencia Oficina Celular

### Datos del Conductor (En caso de no ser el Asegurado)

**Nombres y Apellidos:** \_\_\_\_\_ **Licencia No.:** \_\_\_\_\_

**Dirección:** \_\_\_\_\_  
Calle/Número Apartamento/Edificio Sector Ciudad

**Teléfono:** \_\_\_\_\_ **Edad:** \_\_\_\_\_ **Relación con el Asegurado:** \_\_\_\_\_

### Datos del Vehículo Asegurado

**Marca:** \_\_\_\_\_ **Modelo:** \_\_\_\_\_ **Año:** \_\_\_\_\_

**Color:** \_\_\_\_\_ **Placa Nro.:** \_\_\_\_\_ **Chasis Nro.:** \_\_\_\_\_

**Situación Actual del Vehículo:**  En uso del cliente  En Taller Autorizado

### Datos del Accidente

**Fecha del Accidente:**

Día	Mes	Año
-----	-----	-----

**Hora del Sinistro:** 0:00  a. m.  p. m. **Fecha de Aviso:**

Día	Mes	Año
-----	-----	-----

**Hora de Aviso del Sinistro:** 0:00  a. m.  p. m.

**Descripción del Accidente:**



**Descripción de los daños:**

Marcar la Zona del Impacto

**Uso del automóvil en el momento del accidente:** \_\_\_\_\_

**Acta Policial Nro.:** \_\_\_\_\_ **Destacamento:** \_\_\_\_\_

¿Hubo Daños a la Propiedad Ajena (DPA)?  Sí  No

Si es afirmativo, por favor indique en la tabla:

Nombre del Propietario	Descripción del Bien Afectado

¿Hubo algún lesionado?  Sí  No

**Cantidad de Personas** \_\_\_\_\_

**Describe el(los) tipo(s) de Lesión(es):**

**Nombre del Analista:** \_\_\_\_\_ **Nombre del Perito:** \_\_\_\_\_

**Taller Asignado:** \_\_\_\_\_ **Teléfono:** \_\_\_\_\_

**Dirección:** \_\_\_\_\_

El presente documento, es una constancia de reclamación según lo dispuesto por el artículo 99 de la ley de seguros Nro. 146-02, Sección XI del Capítulo V, y no tiene efectos de formalización de la reclamación en los términos del artículo 100 de la misma ley.

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

Rev. 01