



ace seguros

AVISO DE ACCIDENTE DE SEGUROS DE VEHICULOS

POLIZA No. _____

ITEM N° _____

ASEGURADO		Nombre: _____ Edad _____				
		Dirección: _____ Telf. _____				
VEHICULO DEL ASEGURADO	Año	Marca	Tipo	Placa N°	Motor N°	Chasis / Serie N°
PERSONAS HERIDAS	1.	Nombre _____ Edad _____				
		Dirección: _____ Telf. _____				
		Heridas _____				
	2.	Nombre del Médico y Hospital _____				
		Nombre _____ Edad _____				
		Dirección _____ Telf. _____				
	3.	Heridas _____				
		Nombre del Médico y Hospital _____				
			(Continúese en otra hoja si es necesario)			
AUTOMOVIL O PROPIEDAD DEL CONTRARIO	Nombre del Propietario _____ Nombre del Conductor _____					
	Dirección del Propietario _____ Edad del Conductor _____					
	Describase el Automóvil o la Propiedad _____					
	Descripción de los daños: _____					
	Valor aproximado de los daños: _____					
DAÑOS AL VEHICULO ASEGURADO	Descripción de los daños: _____					

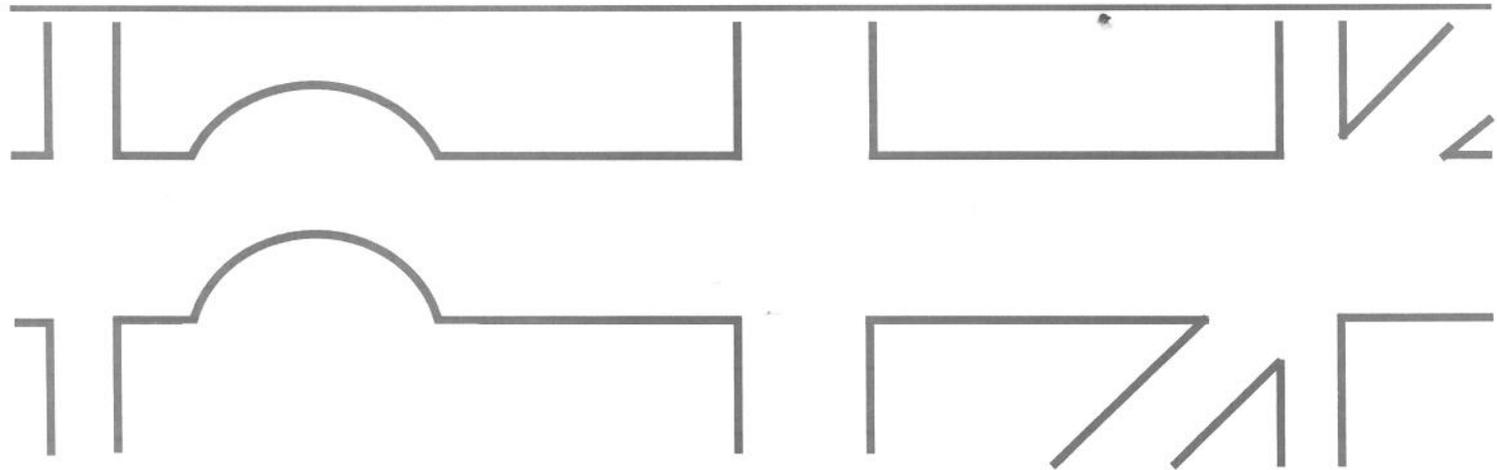
	Valor aproximado de los daños o pérdidas: _____					

TESTIGOS	Dar nombre completo y dirección de cada persona que sepa algo acerca del accidente, inclusive de los ocupantes de los vehículos. <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>
INFORME DE POLICIA	Nombre del Oficial que elevó el parte _____ <hr/> Observaciones _____ <hr/> El vehículo era conducido por _____ N° de Licencia _____

Explíquese el accidente o la pérdida con detalles y complétese el diagrama.

Fecha _____ Hora _____

Lugar _____



Este Formulario debe usarse para informar de todo accidente o pérdida en la que esté involucrado el vehículo asegurado. Envíese inmediatamente con la información completa, adjuntando copia de la licencia de conducir del conductor y matrícula la del vehículo asegurado.

Fecha de este aviso _____

_____ FIRMA

No. C.I.