



Confederación del Canadá Dominicana, S.A.

(CONFEDOM)

Compañía de Seguro de Vida y de Riesgos Generales

RNC N° 1-01-17137-5

AVISO DE ACCIDENTE

1. Nombre del Asegurado _____ Póliza No. _____
 2. Dirección _____ Ciudad _____
 Teléfono No. _____

EL VEHICULO ASEGURADO:

3. Tipo _____ Marca _____ Modelo _____ Año _____
 Chasis No. _____ Placa No. _____ Registro No. _____
 4. ¿Dónde estaba el dueño en el momento del accidente? _____

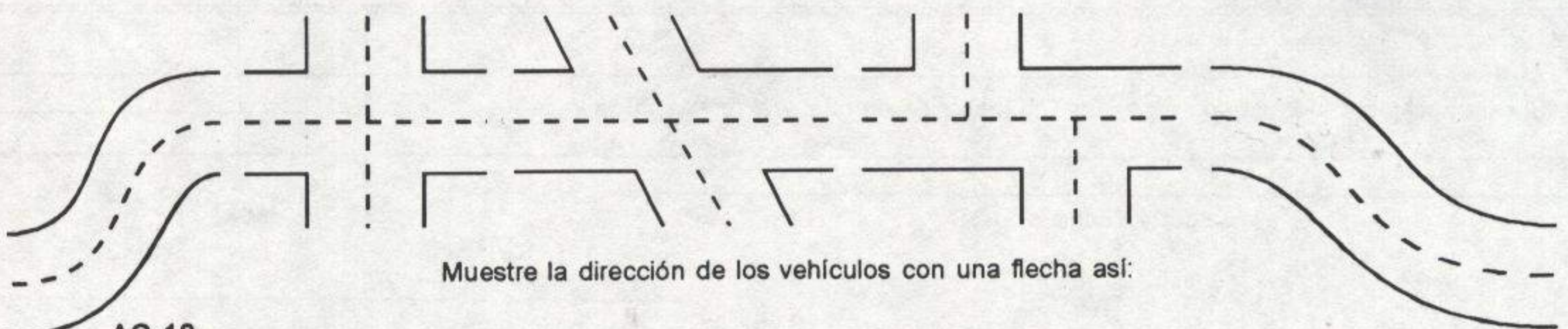
EL CONDUCTOR:

5. Nombre de la persona que manejaba el vehículo _____ Cédula No. _____ Serie _____
 6. Dirección _____ Edad _____
 7. Licencia de Conducir _____ No. _____ Renovada día _____
 8. ¿Qué tiempo hace que manejaba automóviles? _____
 9. ¿Qué relaciones tiene con el Asegurado? _____

EL ACCIDENTE:

10. Fecha del Accidente _____ Hora _____
 11. ¿En qué dirección iba el vehículo asegurado? _____ Velocidad _____
 12. Lugar donde ocurrió el accidente _____
 13. ¿En que lado de la vía? _____ ¿Estaba tocando bocina? _____ ¿Tenía las luce encendidas? _____
 14. Si fue una colisión: a) ¿En qué dirección iba el otro vehículo? _____
 b) ¿A qué lado de la vía? _____ c) ¿A que velocidad? _____
 d) ¿Quién manejaba el otro vehículo? _____
 e) ¿Cuál de los dos vehículos iba por vía de preferencia? _____
 15. ¿Estaba el pavimento mojado? _____ ¿Era clara la visibilidad? _____
 16. Describa lo mejor posible cómo sucedió el accidente _____

17. ¿Quién a su juicio tuvo la culpa del accidente? _____ ¿Por qué? _____



Muestre la dirección de los vehículos con una flecha así:

DAÑOS AL VEHICULO ASEGURADO:

18. Descripción de los daños del vehículo asegurado: _____

DAÑOS A LA PROPIEDAD AJENA:

19. Nombre del propietario _____ Teléfono _____

20. Dirección _____

___ Si es vehículo, indicar: a) Tipo _____ b) Marca _____ c) Modelo _____

___ d) Chasis No. _____ e) Placa No. _____ f) ¿Público o Privado? _____

___ g) ¿Con qué Compañía está asegurado? _____

21. Descripción de los daños a la propiedad ajena _____

PERSONAS LESIONADAS:

Nombre	Dirección	Naturaleza de las lesiones

- 22. ¿Dónde estaba el lesionado en el momento del accidente? _____

- 23. ¿Estaba al servicio del Asegurado? _____

- 24. ¿Dónde fue llevado después del accidente? _____

- 25. ¿Fue llamado algún médico? _____ Nombre: _____

- 26. ¿Dirección del médico? _____

PASAJEROS DEL VEHICULO ASEGURADO:

27. Nombre de las personas que viajaban en el vehículo asegurado	Dirección	¿Qué relación tiene con el asegurado?

OTROS TESTIGOS:

28. Nombre de otros testigos del accidente	Dirección	¿Dónde se encontraba en el momento del accidente?

- 29. ¿Cuáles autoridades intervinieron? _____

- 30. Si este accidente fue juzgado en algún Tribunal, diga en cuál y el resultado de la causa _____

Lugar y Fecha

Firma