



**La Colonial, S.A.**

COMPANIA DE SEGUROS  
Avenida Sarasota No. 75 • Teléfono: 508-8000 • Fax: 508-0608  
Santo Domingo, República Dominicana  
RNC 1-01-03122-2

## AVISO DE ACCIDENTE VEHICULO DE MOTOR

Reclamación No. \_\_\_\_\_

### 1. DATOS DEL ASEGURADO

NOMBRE		POLIZA No.
DIRECCION		TELEFONO
LUGAR DE TRABAJO	CIUDAD	TELEFONO OFICINA

### 2. DESCRIPCION DEL VEHICULO ASEGURADO

TIPO	MARCA	MODELO (AÑO)	USO
			PRIVADO CARGA
CHASIS No.	REGISTRO No.	PLACA	

### 3. EL CONDUCTOR AL MOMENTO DEL ACCIDENTE

NOMBRE	CEDULA IDENTIDAD Y ELECTORAL		
DIRECCION			
TRABAJO			
TIPO EMPLEO:	OCUPACION:	EDAD:	ESTADO CIVIL
			<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> C

### 4. EL ACCIDENTE

FECHA DEL ACCIDENTE	HORA EN QUE OCURRIO EL ACCIDENTE	VELOCIDAD DEL VEH. ASEGURADO KM/HORA	DIRECCION QUE TRANSITABA EL VEHICULO ASEGURADO
LUGAR DONDE OCURRIO EL ACCIDENTE			<input type="checkbox"/> SUR A NORTE <input type="checkbox"/> NORTE A SUR <input type="checkbox"/> ESTE A OESTE <input type="checkbox"/> OESTE A ESTE

¿EN QUE LADO DE LA CALLE O CAMINO OCURRIO EL ACCIDENTE?  DERECHA  IZQUIERDA  CENTRO  PARADO

¿EN QUE DIRECCION IBA EL OTRO VEHICULO?  SUR A NORTE  NORTE A SUR  ESTE A OESTE  OESTE A ESTE

¿CONSIDERA USTED QUE ES CULPABLE DEL ACCIDENTE?  SI  NO

DESCRIPCION DEL ACCIDENTE:

---



---

### 5. DAÑOS AL VEHICULO ASEGURADO (COMPLETAR SOLO SI FUE COLISION)

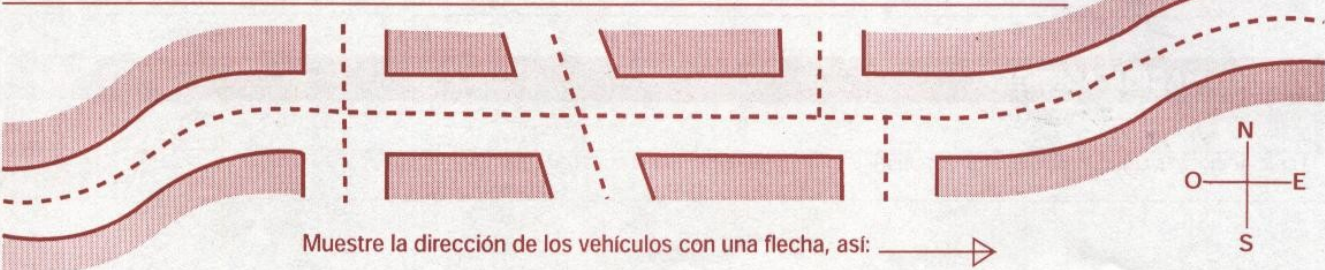
---



---



---



## 6. DAÑOS A LA PROPIEDAD AJENA

NOMBRE DEL PROPIETARIO		TELEFONO
DIRECCION		CIUDAD
DONDE TRABAJA		TELEFONO
CONDUCTOR DEL OTRO VEHICULO		TELEFONO
DIRECCION	TRABAJO	TELEFONO
DESCRIPCION DE LOS DAÑOS		

<b>SI ES VEHICULO INDICAR</b>	REGISTRO No.	PLACA No.	VIGENCIA PLACA	TIPO VEHIC.
	MARCA	MODELO (AÑO)	CHASIS	
ASEGURADOR				POLIZA No.

## 7. PERSONAS LESIONADAS

Nombre	Dirección y Teléfono	Naturaleza de las Lesiones

AL MOMENTO DEL ACCIDENTE ¿DONDE ESTABAN EL O LOS LESIONADOS?

¿ESTABAN EL O LOS LESIONADOS AL SERVICIO DEL ASEGURADO?

¿DONDE LLEVARON AL O LOS LESIONADOS DESPUES DEL ACCIDENTE?

¿FUE LLAMADO ALGUN MEDICO?	NOMBRE	
DIRECCION		TELEFONO

## 8. PASAJEROS DEL VEHICULO ASEGURADO

Nombre(s) de la(s) persona(s) que viajaba(n) en el vehículo asegurado	Dirección	¿Qué relación tiene(n) con el Asegurado?

## 9. TESTIGOS DEL ACCIDENTE

Nombre de los testigos del accidente	Dirección	¿Dónde se encontraba en el momento del accidente?

## 10. INFORMACION ADICIONAL

¿CUALES AUTORIDADES INTERVINIERON?
SI ESTE ACCIDENTE FUE JUZGADO EN ALGUN TRIBUNAL, DIGA EN CUAL Y EL RESULTADO DE LA CAUSA

LUGAR Y FECHA

FIRMA DEL ASEGURADO O SU REPRESENTANTE