

## ACERTA COMPAÑÍA DE SEGUROS, S. A.

1900656-1-722422 DV-90

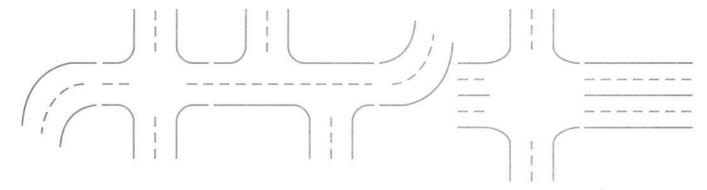
Avenida Ricardo Arango y Calle Santa Ana. Urbanización Obarrio. Apartado Postal 0823-04175. Teléfono +507 307 3000 , Fax +507 307 3001

www.acertaseguros.com

## INFORME DE ACCIDENTE

Póliza No.:	No.:		Reclamo No.:			Taller	Taller Seleccionado:			
DATOS GENERAI	LES					7				
	Nombre Completo:					Cédula / RUC:				
	Dirección Actual:									
Asegurado	Tel. Residencia:		Tel. Oficina:	Celular:		Fax:				
	e-mail:	il:			Apartado Po	Apartado Postal:			6	
Conductor al	Nombre del Conductor:				Céd	Cédula / RUC:			Sexo: F M	
Momento del Accidente	Fecha de Nacimiento: D / M / A Dirección del			Dirección del Co	Conductor:					
(No completar si es el asegurado)	Tel. Residencia:		Tel. Oficina:		Celular:	Fax:		Fax:		
DETALLES DEL A	CCIDENTE									
	Fecha del Accidente:	D / M	/ A	Hora:	Luga	ir:				
	Indique los Daños al Ve	Indique los Daños al Vehículo Asegurado:								
(Si es robo adjunte la denuncia o ampliación)	Se Considera usted Responsable del Accidente:									
	Reporte Policivo:	Si No		Fecha de Audiencia:	D / M /	A	No. de Boleta:			
DESCIPCIÓN DET	TALLADA DEL ACCID					<b>/ (34)</b>				
						00000000				
							O THE INVOICE OF			
									2 THE STATE OF THE PARTY OF THE STATE OF THE	

Complete el siguiente diagrama mostrando la dirección y las posiciones de los automóviles implicados, indicando claramente el punto de contacto



Declaro que a mi entender los detalles descritos, se ajustan a la verdad y son correctos. Cualquier declaración falsa en este formulario, facultará a a la compañía para considerar rescindida del pleno derecho de mi Póliza.



## ACERTA COMPAÑÍA DE SEGUROS, S. A.

1900656-1-722422 DV-90

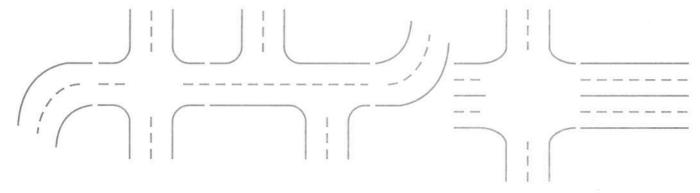
Avenida Ricardo Arango y Calle Santa Ana. Urbanización Obarrio. Apartado Postal 0823-04175. Teléfono +507 307 3000 , Fax +507 307 3001

www.acertaseguros.com

## INFORME DE ACCIDENTE

Póliza No.:		Reclamo No.:			Taller Seleccionado:				
DATOS GENERAI	LES				THE RESERVE TO SERVE				
	Nombre Completo:					Cédula / RUC:			
	Dirección Actual:								
Asegurado	Tel. Residencia: Tel. Oficina:			Celular:		F	Fax:		
	e-mail:			Apartado Postal;			8		
Conductor al	Nombre del Conductor:			Cédu	Cédula / RUC: Sexo: F M			23	
Momento del Accidente (No completar	Fecha de Nacimiento: D / M / A Dirección de			el Conductor:					
si es el asegurado)	Tel. Residencia:	Tel. Oficina	:	Celular:		F	Fax:		
DETALLES DEL A	CCIDENTE								
	Fecha del Accidente: D /	M / A	Hora:	Lugar			.,		
	Indique los Daños al Vehículo As	egurado:							
adjunte la denuncia o ampliación)	Se Considera usted Responsable del Accidente:								
	Reporte Policivo: Si	No 📳	Fecha de Audiencia: D / M / A		A	No. de Boleta:			
DESCIPCIÓN DET	TALLADA DEL ACCIDENTE		<b>表现的有效的表现</b>		1000				
									Been Took In Proceedings
							- 1110		
		11-0				- 111 /2			
				W=U/===================================					
			a-1 (000 tank) and 000 and 000						

Complete el siguiente diagrama mostrando la dirección y las posiciones de los automóviles implicados, indicando claramente el punto de contacto



Declaro que a mi entender los detalles descritos, se ajustan a la verdad y son correctos. Cualquier declaración falsa en este formulario, facultará a a la compañía para considerar rescindida del pleno derecho de mi Póliza.

DAÑOS A LA PROPIEDAD AJENA								
Dueño del Vehículo: Cédula / RUC:								
Dirección:								
Tel. Res.:	Oficina:	Fax:		E-mail:				
Nombre del Conductor:				Cédula / RUC:				
Dirección del Conductor:								
Tel. Res.:	Oficina:	Fax:		E-mail:				
Año:	Marca:	Modelo:		Placa:				
Indique los Daños al Vehículo del Tercero:								
Tiene Seguro: Si No	ompañía de Seguros:		No. de Pól	iza:				
EN CASO DE MÁS DE UN AFECTAD	0							
Dueño del Vehículo:		Céc	dula / RUC:					
Dirección:								
Tel. Res.:	Oficina:	Fax:		E-mail:				
Nombre del Conductor:				Cédula / RUC:				
Dirección del Conductor:								
Tel. Res.:	Oficina:	Fax:		E-mail:				
Año:	Marca:	Modelo:		Placa:				
Indique los Daños al Vehículo del Tercero:								
Tiene Seguro: Si No C	ompañía de Seguros:		No. de Pól	iza:				
PERSONAS LESIONADAS								
Nombre:		Eda	ad:					
Dirección:		Tele	éfono:					
Heridas Sufridas:								
Pasajero: Conductor	Carro Asegurado	Otro Carro	69	Peatón				
Nombre:		Eda	ad:					
Dirección:		Tele	éfono:					
Heridas Sufridas:								
Pasajero: Conductor	Carro Asegurado	Otro Carro	88	Peatón				
Nombre:		Eda	ad:					
Dirección:		Tele	éfono:					
Heridas Sufridas:								
Pasajero: Conductor	Carro Asegurado	Otro Carro	203	Peatón 💮				
Declaro que a mi entender los detal para considerar rescindida del pleno Fecha:	les descritos, se ajustan a la verdad y son c o derecho de mi Póliza.	orrectos. Cualquier declaración	falsa en est	e formulario, facultará a la compañía				
Teléfono:								