



FORMATO DE DECLARACION DE ACCIDENTE DE TRANSITO

1. DATOS DEL ACCIDENTADO

NOMBRES Y APELLIDOS		FECHA INGRESO	HORA (MILITAR)
DOCUMENTO DE IDENTIDAD		EXPEDIDO EN	
SEXO	FECHA DE NACIMIENTO (DD/MM/AAAA)	EDAD	SEGURIDAD SOCIAL
DIRECCIÓN	DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	
BARRIO	TELEFONO	CELULAR	
PROFESIÓN	ESTADO CIVIL		
ACOMPAÑANTE	PARENTESCO		

2. DATOS RESPONSABLE

ASEGURADORA	ADMISIONISTA	ORIGEN			
		MP	UR	AMB	REMITIDO

3. DATOS DEL ACCIDENTE

CONDICIÓN DEL ACCIDENTADO		DIRECCION DEL ACCIDENTE		FECHA ACCIDENTE	HORA (MILITAR)
CONDUCTOR	OCUPANTE	PEATON	CICLISTA		
DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	ZONA URBANA	ZONA RURAL		
INFORME DEL ACCIDENTE (Breve relato de los hechos)					
INFORME VEHICULO Y CONDUCTOR					
MARCA	PLACA	TIPO	ASEGURADO		
CONDUCTOR PACIENTE	SI	NO	FANT		
NOMBRE CONDUCTOR	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	TIPO DE DOCUMENTO			
EXPEDIDO EN	DIRECCIÓN CONDUCTOR	CIUDAD	TELEFONO		

Declaro bajo la gravedad del juramento en calidad de Lesionado (), Tomador (), Conductor (), Familiar del lesionado (); que toda la información contenida en este formulario es cierta y puede ser verificada por la compañía Aseguradora, de no ser así, acepto todas las consecuencias legales que produzca esta situación.

Firma lesionado, conductor, tomado o familiar

HUELLA