



**ASEGURADORA  
Fortaleza**

## Denuncia de Accidente Automotor

Póliza N°:

Reclamo N°:

### Datos Asegurado

Nombre:

Teléfono:

Dirección:

Correo Electrónico:

### Datos del Conductor

Nombre conductor:

Licencia:

Vencimiento:

Categoría:

Edad:

Años:

Correo Electrónico:

Celular:

### Datos del Vehículo

Tipo Vehículo:

Modelo:

Marca:

Placa:

Propietario actual:

Uso del vehículo:

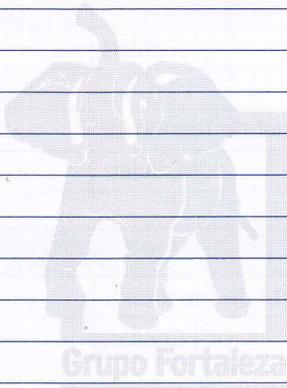
### Detalle del Accidente

Lugar del hecho:

Fecha:

Hora:

Breve detalle del accidente:



ASEGURADORA  
Fortaleza

Autoridad que intervino:

Caso N°:

Asignado al caso:

Celular:

### Detalle de los daños sufridos por el vehículo asegurado

De donde venia:

Hacia donde se dirigía:

### Observaciones Ejecutivo

### Daños a terceros

#### Daños a vehículos terceros

Propietario:		Celular:	
Dirección:		Correo electrónico:	
Conductor:		Celular:	
Tipo:		Modelo:	
		Marca:	
Placa:			
Propietario:		Celular:	
Dirección:		Correo electrónico:	
Conductor:		Celular:	
Tipo:		Modelo:	
		Marca:	
Placa:			
Propietario:		Celular:	
Dirección:		Correo electrónico:	
Conductor:		Celular:	
Tipo:		Modelo:	
		Marca:	
Placa:			

#### Lesión Personas

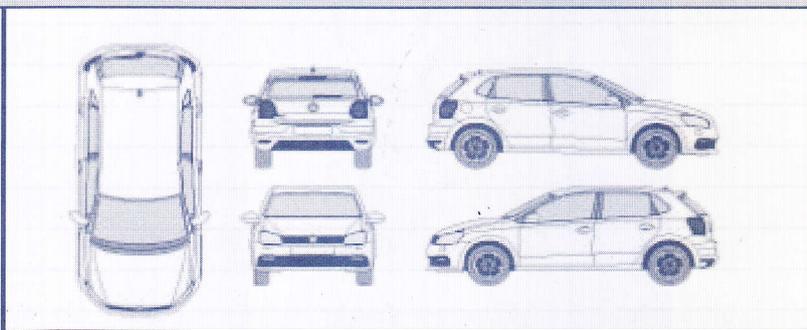
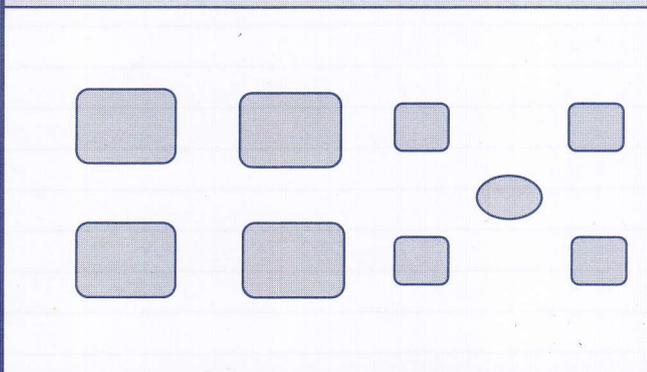
Nombre:		Carnet de Identidad:	
Dirección:		Celular:	
Descripción de la lesión:			
Nombre:		Carnet de Identidad:	
Dirección:		Celular:	
Descripción de la lesión:			
Nombre:		Carnet de Identidad:	
Dirección:		Celular:	
Descripción de la lesión:			

#### Daños a Propiedades

Nombre:		Carnet de Identidad:	
Dirección:		Celular:	
Descripción de los daños:			
Nombre:		Carnet de Identidad:	
Dirección:		Celular:	
Descripción de los daños:			

#### Croquis del Accidente

#### Daños del vehículo asegurado



Favor marcar o señalar las partes dañadas

#### Firma del Asegurado o Representante

Declaro que toda la información es verdadera y doy autorización a la Compañía para verificaciones adicionales según sea necesario.

Lugar y fecha

Firma

Asegurado o Representante