

## DECLARACIÓN DE ACCIDENTES DE AUTOMÓVILES

Señores:

Habiendo ocurrido un accidente de tránsito, según la denuncia policial formulada, solicitamos la reparación del vehículo Asegurado, en concordancia con los términos de las pólizas de seguros de automóviles contratada, dejando constancia que, si la compañía efectuar o se comprometerá a efectuar gastos no cubiertos por dicha póliza, quedamos obligados al reintegro inmediato dentro de un plazo no mayor de 48 horas después de requeridas por la Cia. (Art. 19 del condicionado de la póliza de automóviles).

La presente declaración no se aceptará si no ha sido llenada en su totalidad.

En honor a la verdad, llenamos y firmamos el presente formulario.

Lima , de de 200

Nombre: L.E. Firma \_\_\_\_\_

Póliza N° Vigencia del: Al:  
Factura por Prima N° Importe Pagada el:  
Nombre del Asegurado: Teléf. N°  
Domicilio: Oficina:

### DATOS DEL VEHICULO ASEGURADO:

Clase: Marca: Año: N° de Rodaje: Motor:  
Propietario:  
Tarjeta de Propiedad a nombre de:  
Conductor durante el Accidente: Edad :  
Brevete N° (Prof./Part.) Fecha de Expedición :  
¿Es Propietario: Empleado Amigo Pariente ?

### DATOS DEL VEHICULO DEL TERCERO:

Clase: Marca: Año : N° de Rodaje :  
El vehículo está asegurado en:  
Daños sufridos:

### DATOS DE LA PERSONA ATROPELLADA (PEATON):

Nombre:  
Ocupación: Domicilio:  
Hospital o Clínica:  
Lesiones sufridas:

Incluyo los siguientes documentos:

Observaciones:

# DATOS Y DESCRIPCIÓN DEL ACCIDENTE

Fecha:

Hora:

Comisaria

Lugar del Accidente

¿Transitaba Ud. por Vía Preferencial?

¿Se considera Ud. culpable?

¿Hubo dosaje Ético?

Resultado:

Si no se sometió al Dosaje Ético, explique porqué

Descripción del Accidente:

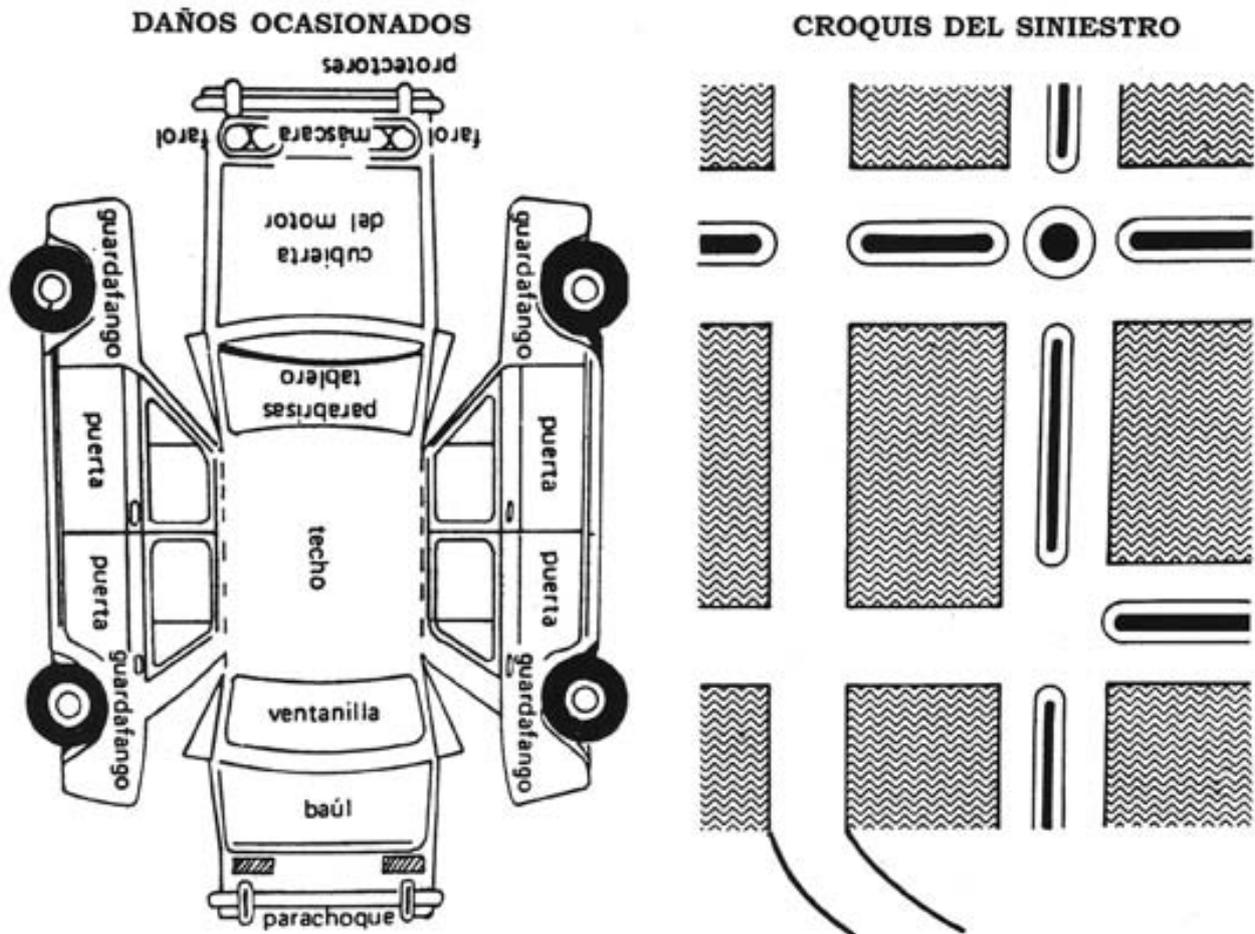
Daños del Vehículo Asegurado:

Lugar donde se encuentra:

Factoría:

Dirección:

Telf.:



Fecha:

Firma del Asegurado: \_\_\_\_\_