

Póliza N°:		Vigencia:		Endoso:	
------------	--	-----------	--	---------	--

INFORMACIÓN DEL ASEGURADO

Nombre:		Ocupación:	
Dirección:		Teléfono:	

INFORMACIÓN DEL CONDUCTOR DEL VEHÍCULO (al momento del accidente)

Nombre:		Edad:		Ocupación:		
Dirección:		Licencia N°:				
Relación con el asegurado:	Familiar	<input type="checkbox"/>	Empleado	<input type="checkbox"/>	Otros (indique)	<input type="checkbox"/>

INFORMACIÓN DEL VEHÍCULO DEL ASEGURADO

Marca	Año	Tipo	Placa N°	N° Ocupantes	Motor	Chasis No.

INFORMACIÓN DEL SINIESTRO

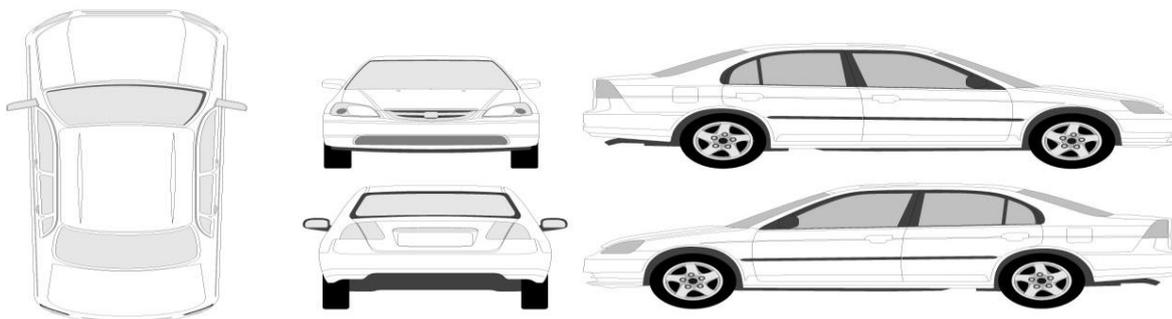
Fecha de ocurrencia:		Hora:		Sector:	
----------------------	--	-------	--	---------	--

Descripción completa del accidente y las circunstancias que lo motivaron (Detalle si existe parte policial)	<table border="1" style="width:100%; height: 60px; border-collapse: collapse;"> <tr><td style="height: 15px;"></td></tr> <tr><td style="height: 15px;"></td></tr> <tr><td style="height: 15px;"></td></tr> <tr><td style="height: 15px;"></td></tr> </table>				

DETALLE DE DAÑOS AL VEHÍCULO ASEGURADO

Descripción y extensión del daño o pérdida	<table border="1" style="width:100%; height: 40px; border-collapse: collapse;"> <tr><td style="height: 15px;"></td></tr> <tr><td style="height: 15px;"></td></tr> </table>		
Lugar y hora donde puede inspeccionar el vehículo	<table border="1" style="width:100%; height: 40px; border-collapse: collapse;"> <tr><td style="height: 15px;"></td></tr> <tr><td style="height: 15px;"></td></tr> </table>		

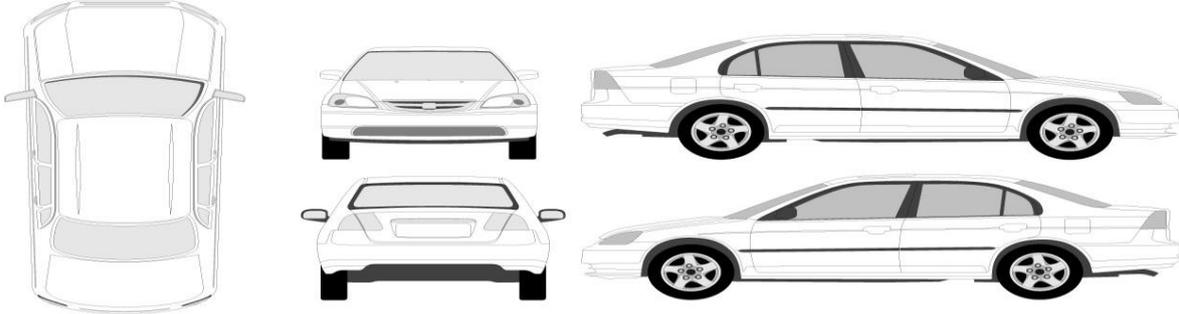
Indique en el diagrama la zona afectada de su vehículo:



DETALLE DE DAÑOS A TERCEROS**Daños a la Propiedad**

Nombre:		Teléfono:	
Dirección:		Email:	
N° placa de vehículo (si hay):		Tiene Seguro?	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Vehículo/Marca:		Color:	
		Tipo:	

Indique en el diagrama la zona afectada del vehículo propiedad de terceros:

**Otros:****Lesiones a Personas**

Nombre:		Teléfono:	
Dirección:		Email:	
Detalle:			
Nombre:		Teléfono:	
Dirección:		Email:	
Detalle:			

INFORMACIÓN DE TESTIGOS

Nombre:		Teléfono:	
Dirección:		Correo Electrónico:	
Observó el accidente:	<input type="checkbox"/>	Ocupante del Vehículo:	<input type="checkbox"/>
Nombre:		Teléfono:	
Dirección:		Correo Electrónico:	
Observó el accidente:	<input type="checkbox"/>	Ocupante del Vehículo:	<input type="checkbox"/>
Otro (detalle):	<input type="checkbox"/>		

Autorizo a la Compañía de Seguros Cóndor S.A. a confirmar y solicitar toda la información y documentación que sea necesaria para validar y soportar el siniestro producto de este aviso, de acuerdo a las condiciones generales aprobadas en la póliza.

Dejo constancia de que la información consignada en el presente formulario es verídica, exacta y que no se ha omitido ningún detalle que obstaculice la gestión del siniestro presentado. La falsedad o reticencia en cualquier información proporcionada dejará sin efecto la reclamación efectuada.

Fecha del aviso: _____

Firma del Asegurado _____