

| | DECLARACION DE ACCIDENTE DE VEHICULOS | | |
|--|--|--|-----------------------|
| Asegurado: | Poliza No: | Siniestro No.: | shiring |
| Dirección: | TOWNSHIESE TO THE REAL PROPERTY. | | |
| | Item: | | |
| VEHICULO ASE | EGURADO | | nheres |
| Marca: | | Tipo: Color: | JATE |
| | | Chasis: | |
| | | | |
| | | Entitionment of colorady object is effect | |
| | | lo nest rectanates | |
| | | | |
| | COLONES | OS DEL ACCIDENTE NOMBRES Y DIREC | 11.63 |
| : Dónde se halla el veh | ículo para su inspección? | | |
| - Second Control Contr | arado?: | | |
| anci donde sera repa | uado: | | |
| DATOS DEL AC | CIDENTE | | |
| Lugar: | | Velocidad: | Sant an |
| Fecha: | | SAUDER SAU | 169 |
| Hora: | | Con a: | |
| Explique detalladame | ente como ocurrió el accidente: | | - COMMA |
| | | | |
| | 4-1-5 | Materian y Manerialis | |
| | | | |
| | | | |
| | | The real real real real real | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| A juicio del conducto | r del vehículo asegurado, ¿ Quién | es el responsable del accidente?: | the only |
| A juicio del conducto | т del vehículo asegurado, ¿ Quién | es el responsable del accidente?: | |
| | (PIRMA DEL ASEGURADO) | o Delgo stanformo Marchado de Jacobso e Jacobso de Jaco | r-ASS) |
| | or del vehículo asegurado, ¿ Quién del Vehículo ASEGURAD | o Delgo stanformo Marchado de Jacobso e Jacobso de Jaco | r Asto |
| CONDUCTOR | /EHICULO ASEGURAD | | LASS Wing |
| CONDUCTOR \ Nombres y apellidos: | /EHICULO ASEGURAD | 00 | LATO MAG IDOS |
| CONDUCTOR \ Nombres y apellidos: Dirección: | /EHICULO ASEGURAD | Teléfono: | t-Am twiling |
| CONDUCTOR \ Nombres y apellidos: _ Dirección: Relación con el asegur | VEHICULO ASEGURAD | DO Teléfono: | LASO Wiley IDOS |
| CONDUCTOR \ Nombres y apellidos: _ Dirección: Relación con el asegur | VEHICULO ASEGURAD | Teléfono: | LARG SVING IDOS |

| DATOS SOBRE EL CON VEHICULO | |
|---|--|
| | Tipo: Placas: Color: |
| | Póliza No: |
| Propietario: | |
| Dirección: | Teléfono: |
| Conductor: | Poll on Lumb Lumb Agents/Broken |
| Dirección: | Teléfono: |
| DETALLE DE DAÑOS | taron perjudicados, facilite los datos: |
| | nspección?: |
| | inspeccion:. |
| TESTIGOS DEL ACCIDE | ENTE NOMBRES Y DIRECCIONES |
| INTERVENCION DE AUT | TORIDADES |
| ¿ Qué agentes tomaron nota del parte | ?: |
| | |
| | Minority Thinks |
| PERSONAS HERIDAS | |
| Nombre: | Edad: |
| Dirección: | Expreçue detalludar casno ocurrió el asystemus |
| | |
| Nombre del Médico y Hospital: | Ciudad: |
| Observaciones del asegurado: — | |
| | |
| El que suscribe declara que los dato | os son verdaderos en todas sus partes |
| | En a, de del 20 (FIRMA DEL ASEGURADO) |
| NOTA: La falsa declaración dará lu negativa del caso por la Compañia. | |
| CROQUIS DEL LUGAR I | DEL ACCIDENTE |
| | SENALE LOS DAÑOS PUERTA PUENTA GUARDAFANGO GUARDAFANGO GUARDAFANGO GUARDAFANGO ANA HECHO ANA BAJIL BAJIL |
| | GUARDAFANGO PUERTA PUERTA PUERTA |