



GENERALI

Assicurazioni Generali S.p.A.

AVISO DE PERDIDA O ACCIDENTE DE AUTOMOVIL

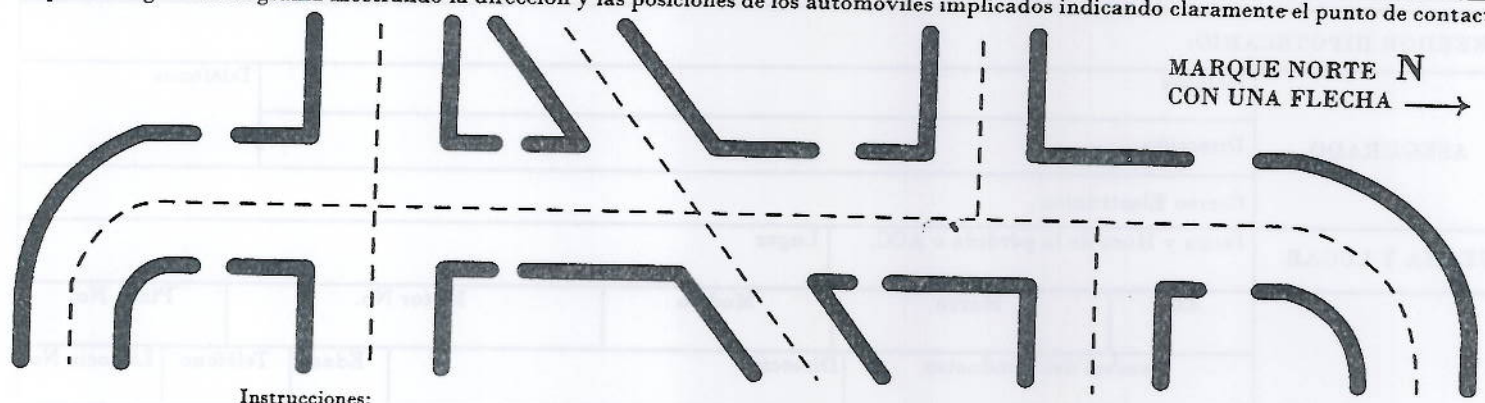
POLIZA No.		VIGENCIA:					
CORREDOR		LIMITES: A		B			
C	D	E		OTROS			
ACREEDOR HIPOTECARIO:							
ASEGURADO	Nombre				Teléfonos		
	Dirección						
	Correo Electrónico						
FECHA Y LUGAR		Fecha y Hora de la pérdida o ACC.		Lugar			
AUTOMOVIL ASEGURADO	Año	Marca	Modelo	Motor No.	Placa No.		
	Nombre del Conductor		Dirección	Edad	Teléfono	Licencia No.	
	Uso del Automóvil al momento del Accidente		Color del Auto	Correo electrónico		Celular	
	Donde puede ser inspeccionado el automóvil (dirección)						
	Si robo, especifique propiedad robada, si colisión o compresivo,						
	Especifique daño:						
	Se hizo reporte policivo			Fecha y Lugar de la cita		No. de Boleta	
	Dueño		Dirección			Teléfono	
Nombre del Conductor					Teléfono		
Especifique que Daño:							
Año y marca del Automóvil		Color del Auto		Placa No.			
Tiene Seguro		Nombre de la Compañía y número de Póliza					
PERSONAS LESIONADAS	Nombre	Dirección	Edad	PASAJERO Carro Asegurado	Otro Carro	PEA-TON	HERIDAS SUFRIDAS
				(Marque Uno)			
TESTIGOS		Nombre			Dirección		Teléfono
DESCRIPCION DEL ACCIDENTE							

Fecha _____

Firma del Asegurado o Conductor _____

DESCRIPCION DEL ACCIDENTE
(Continuación)

Complete el siguiente diagrama mostrando la dirección y las posiciones de los automóviles implicados indicando claramente el punto de contacto.



Instrucciones:

- (1) Use una línea sólida para mostrar la dirección del vehículo antes del accidente.
- Use una línea de puntos después del accidente
- (2) Numere cada vehículo y muestre la dirección que llevaba
- (3) Muestre las motocicletas en esta forma
- (4) Muestre los peatones en esta forma
- (5) Muestre los ferrocarriles en esta forma

DAÑOS A LA PROPIEDAD AJENA (Continuación)	Dueño	Dirección	Teléfono
	Nombre del Conductor	Dirección	Teléfono
	Daños	Presupuesto de daños	
	Año y marca del automóvil	Placa No.	
	Tiene seguro?	Nombre de la Compañía y Número de Póliza	
PERSONAS LESIONADAS (Continuación)	PASAJERO		HERIDAS SUFRIDAS
	Carro Asegurado	Otro Carro	
	(MARQUE UNO)		

Fecha _____

FIRMA DEL ASEG. O CONDUCTOR _____