

GENERAL DE SEGUROS, S. A.
INFORME DE ACCIDENTE DE AUTOMÓVIL

DATOS GENERALES DEL ASEGURADO

Asegurado/Razón Social completa:		Cédula / Pasaporte	Póliza		
Dirección Residencial				E-mail:	
Teléfono Residencia	Teléfono Celular	Teléfono Oficina	No. de Fax	Apartado Postal	Zona

AUTO ASEGURADO

Año	Marca	Modelo	Tipo	Placa
-----	-------	--------	------	-------

DATOS DEL ACCIDENTE

Fecha	Hora	<input type="checkbox"/> A.m. <input type="checkbox"/> P.m.	Lugar del accidente		
Conductor		Cédula	Edad	Tel. Res.	Tel. Ofic.
Relación con el Asegurado	Hubo Parte Policivo <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Fecha y lugar de audiencia	Se considera usted? <input type="checkbox"/> Inocente <input type="checkbox"/> Culpable		

Descripción de los daños al auto asegurado

INFORMACIÓN DE LA PARTE CONTRARIA

Conductor			Cédula / Pasaporte		
Dueño				E-mail:	
Teléfono Residencia	Teléfono Celular	Teléfono Oficina	No. de Fax	Apartado Postal	Zona
Placa	Marca	Modelo	Auto asegurado en		

Especifique daños al auto de la parte contraria

PERSONAS LESIONADAS

Nombre

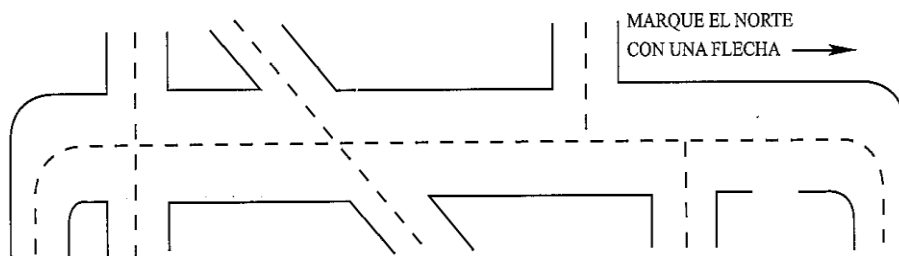
_____	<input type="checkbox"/> Auto Aseg.	<input type="checkbox"/> Otro	<input type="checkbox"/> peatón
_____	<input type="checkbox"/> Auto Aseg.	<input type="checkbox"/> Otro	<input type="checkbox"/> peatón
_____	<input type="checkbox"/> Auto Aseg.	<input type="checkbox"/> Otro	<input type="checkbox"/> peatón

TESTIGOS

Nombre	Dirección	Teléfono	E-mail:
--------	-----------	----------	---------

DESCRIPCIÓN DEL ACCIDENTE

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



DECLARO QUE LA INFORMACIÓN SUMINISTRADA EN ESTE FORMULARIO ES VERDADERA Y CORRECTA, POR LO TANTO, AUTORIZO A LA COMPAÑÍA PARA EFECTUAR CUALQUIER VERIFICACIÓN QUE CONSIDERE CONVENIENTE, EN CUMPLIMIENTO CON EL ARTÍCULO 1,000 DEL CÓDIGO DE COMERCIO. EL RECIBO DE ESTE DOCUMENTO POR PARTE DE LA COMPAÑÍA NO GARANTIZA LA ACEPTACIÓN DEL RECLAMO EN CUESTIÓN, SOLO SERÍA PRUEBA DE SU PETICIÓN.

El Firmante, entiende, acepta, reconoce y otorga su consentimiento expreso a General de Seguros, S.A., filiales, reaseguradoras, socios estratégicos o de negocio y Grupo Económico para que cuando sea necesario y requerido puedan acceder, usar, compartir, manejar, tratar y/o custodiar los datos personales para los propósitos y alcances específicos relacionados con su actividad comercial y servicios financieros, incluyendo la de seguros y reaseguros producto de la gestión, negociación y/o contratación de las Pólizas de Seguros, así como, a mantener la confidencialidad de la información, en concordancia con la Ley de Seguros No. 12 de 3 abril de 2012 y la Ley de Protección de Datos Personales No. 81 del 26 de marzo de 2019.

FECHA: _____

CONDUCTOR

ASEGURADO

INF. ADICIONAL: _____

