



**GRUPO CENTRAL DE SEGUROS**  
**REPORTE DE ACCIDENTE DE AUTOMOVIL**

(Favor Completar y enviar este formulario firmado al fax: 263-6818)

Fecha

Siniestro No.

|                    |       |              |       |
|--------------------|-------|--------------|-------|
| Asegurado          | _____ | Póliza No.   | _____ |
| Acreeedor Hipotec. | _____ | Vigencia     | _____ |
| Dirección          | _____ | Accidente    | _____ |
| Tel. Residencia    | _____ | Tel. Oficina | _____ |
|                    |       | Tel. Fax     | _____ |

|                       |       |              |                              |
|-----------------------|-------|--------------|------------------------------|
| <b>Auto Asegurado</b> | _____ | Color        | _____                        |
| Motor No. / Placa     | _____ | Uso          | _____                        |
| Dirección             | _____ | Accidente    | _____                        |
| Ubicación de Auto     | _____ | Funciona     | ___ Si ___ No                |
| Conductor             | _____ | Ocupación    | _____                        |
| Dirección             | _____ | Nacimiento   | _____                        |
| Tel. Residencia       | _____ | Tel. Oficina | _____                        |
| Relación con Ase.     | _____ | Boleta No.   | _____                        |
|                       |       | Unidad No.   | _____                        |
| Fecha Juicio          | _____ | Lugar Juicio | _____                        |
|                       |       | Se Considera | ___ Inocente<br>___ Culpable |

**Relato del Accidente**

---



---



---



---



---



---



---



---



---



---

**Testigos**

**Domicilio**

**Teléfono**

|  |
|--|
|  |
|  |
|  |
|  |

|  |
|--|
|  |
|  |
|  |
|  |

|  |
|--|
|  |
|  |
|  |
|  |

**Daños al Vehículo Asegurado**

---



---



---



---

**PARA SER LLENADO POR LA ASEGURADORA**

|                   |            |      |          |        |          |      |      |      |           |            |
|-------------------|------------|------|----------|--------|----------|------|------|------|-----------|------------|
| PÓLIZA No.        | UNIDAD No. | C.A. | VIGENCIA |        | PAGADA   |      |      |      |           |            |
|                   |            |      | DESDE:   | HASTA: |          |      |      |      |           |            |
| CORREDOR          |            |      |          |        | ACREEDOR |      |      |      |           |            |
| RIESGOS CUBIERTOS | L/C        | P/A  | A/M      | COMP.  | COL.     | INC. | ROBO | OTRO | DEDUCIBLE | SUMA ASEG. |
|                   |            |      |          |        |          |      |      |      |           |            |

**Daños Ocasionados a Terceros, en sus personas o en sus bienes**

**Asegurado**

|   | <b>Nombre</b> | <b>Domicilio</b> | <b>Teléfono</b> |
|---|---------------|------------------|-----------------|
| 1 |               |                  |                 |
| 2 |               |                  |                 |
| 3 |               |                  |                 |
| 4 |               |                  |                 |
| 5 |               |                  |                 |
| 6 |               |                  |                 |
| 7 |               |                  |                 |

|   | <b>Vehículos Afectados</b> | <b>Placa</b> | <b>Daños Ocasionados</b> |
|---|----------------------------|--------------|--------------------------|
| 1 |                            |              |                          |
| 2 |                            |              |                          |
| 3 |                            |              |                          |
| 4 |                            |              |                          |
| 5 |                            |              |                          |
| 6 |                            |              |                          |
| 7 |                            |              |                          |

|   | <b>Nombre de los Lesionados</b> | <b>Edad</b> | <b>Lesiones Causadas</b> | <b>Aseguradora</b> |
|---|---------------------------------|-------------|--------------------------|--------------------|
| 1 |                                 |             |                          |                    |
| 2 |                                 |             |                          |                    |
| 3 |                                 |             |                          |                    |
| 4 |                                 |             |                          |                    |
| 5 |                                 |             |                          |                    |
| 6 |                                 |             |                          |                    |
| 7 |                                 |             |                          |                    |

**Observaciones**

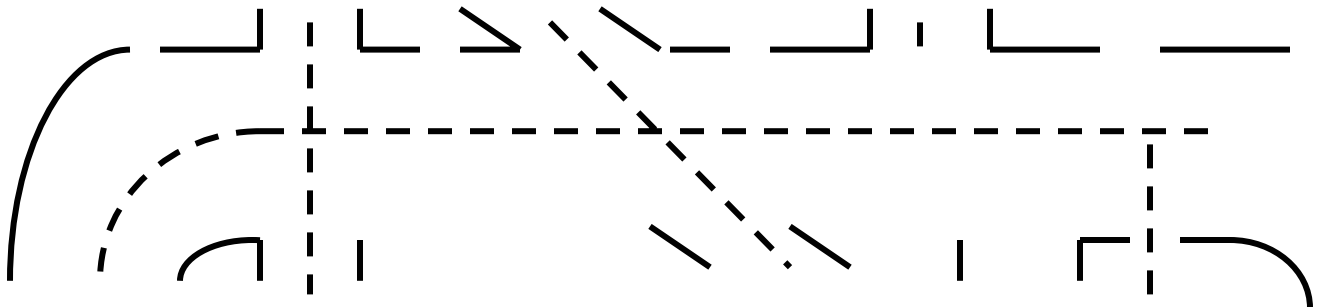
---

---

---

---

---



**Firma del Conductor:**

**Firma del Asegurado:**