

I. DATOS DE LA PÓLIZA

Póliza:	Certificado No.	Vigencia de Póliza:	Intermediario:
---------	-----------------	---------------------	----------------

II. DATOS DEL ASEGURADO

Nombre Apellido y / o Empresa:	Teléfono:	Correo Electrónico:
--------------------------------	-----------	---------------------

III. DATOS DEL CONDUCTOR

Nombres y Apellidos:		DPI / Pasaporte / NIT:	Teléfono:	Celular:
Fecha de nacimiento:	Edad:	Licencia No.:	Tipo:	Vigencia:
				Sexo: M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>
Dirección:			Correo electrónico:	

IV. DATOS DEL VEHÍCULO

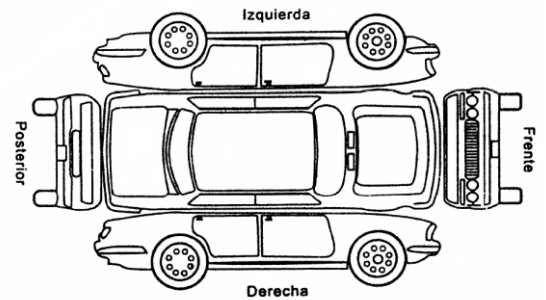
Marca:	Línea:	Tipo:	Modelo (Año):
Placa:	Color:	Chasis / VIN:	Motor:

V. DETALLES DEL SINIESTRO

Dirección del Siniestro:		Departamento:		
Fecha de Ocurrencia:	Fecha de Notificación:	Hora:	Conducido por: Propietario <input type="checkbox"/> Cónyuge <input type="checkbox"/> Hijo <input type="checkbox"/> Chofer <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/>	
Causa del Siniestro:	Colisión <input type="checkbox"/>	Cristales <input type="checkbox"/>	Incendio <input type="checkbox"/>	Daño Malicioso <input type="checkbox"/> Robo o Hurto <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/>

Descripción de cómo ocurrió el Siniestro:

Describe Partes Dañadas:



Tiene otro seguro vigente el vehículo asegurado: Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Tomo parte la policía: Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Cuál: _____
---	---

En dónde fueron consignados los vehículos:

VI. LESIONES A LOS OCUPANTES DEL VEHÍCULO ASEGURADO:

Nombre y Apellido	DPI	Teléfono	Centro Asistencial

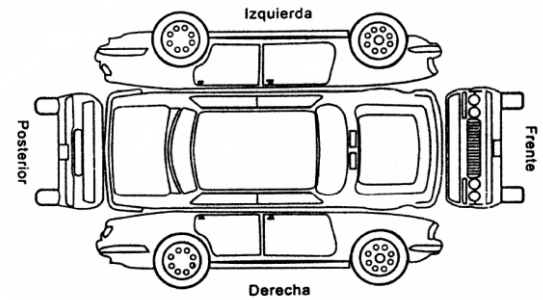
VII. DAÑOS A TERCEROS

Nombres y Apellidos:	DPI / Pasaporte:	NIT:	Sexo: M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	Fecha de Nacimiento:
Dirección:	Correo Electrónico:		Teléfono	
Nombres y Apellidos:	DPI/ Pasaporte:	NIT:	Sexo: M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	Fecha de Nacimiento:
Dirección:	Correo Electrónico:		Teléfono	

VIII. DAÑOS CAUSADOS A VEHÍCULOS TERCEROS:

Marca	Línea	Tipo	Año	Placa	Chasis / VIN

Describe Partes Dañadas:



IX. DAÑOS CAUSADOS A PERSONAS:

Nombre	Dirección	DPI	Teléfono

Lugar de traslado de los lesionados:

Hubo fallecidos: Sí No

¿Hubo testigos? Si No

X. OTRAS PROPIEDADES DAÑADAS DE TERCEROS:

Encargado	Tipo de propiedad	DPI / Pasaporte	Teléfono

XI. DATOS DEL TERCERO RESPONSABLE DEL ACCIDENTE:

Nombre y Apellido	Dirección de domicilio	Teléfonos	DPI	NIT

XII. LUGAR EN EL QUE SE ENCUENTRAN LOS VEHÍCULOS:

• Declaro firmemente que todos los datos relativos al accidente y a mi reclamación, han sido escritos y registrados fielmente. Estoy dispuesto a facilitar toda la información que Seguros Alianza, S. A., me solicite en relación al accidente y a cualquier indemnización.

• Hago el compromiso de no aceptar ninguna responsabilidad sin la autorización escrita de Seguros Alianza, S.A. y enviar inmediatamente cualquier notificación o reclamación que reciba como consecuencia de este accidente.

NOTA: 1. Seguros Alianza S.A., podrá solicitar documentos adicionales que sean necesarios para la evaluación y trámite de este Siniestro.
2. Por este medio autorizo a todos los prestadores de servicios, incluyendo pero no limitado a Talleres, Médicos, Hospitales, Autoridades de Tránsito a suministrar a Seguros Alianza, S.A., cualquier información necesaria para la debida evaluación y análisis.

Lugar y Fecha: _____

Firma Conductor / Asegurado o Representante