

FORMULARIO DE RECLAMO ACCIDENTE SOAT

COD. 102-945500-2003 12 087-3002

FORM.COD.SOAT.001

FECHA:

Seguros y Reaseguros



Señores:

SEGUROS Y REASEGUROS CREDINFORM INTERNATIONAL S.A.

Presente.-

Dist. Cbba.

DATOS DEL ASEGURADO:

NOMBRE: DIRECCION: TELF.:

NUMERO CERTIFICADO SOAT: LUGAR DE EMISION:

TIPO DE VEHICULO: PLACA: CLASE DE SERVICIO:

DATOS DEL CONDUCTOR

NOMBRE: LICENCIA Nro. CATEGORIA:

EDAD: RELACION CON EL ASEGURADO:

EXPLICACION DEL ACCIDENTE

FECHA DEL ACCIDENTE: HORA:

LUGAR DONDE SUCEDIO:

CAUSAS Y CIRCUNSTANCIAS DEL ACCIDENTE:

Nro. CASO TRANSITO: ZONA: OF. RESP.:

CLASIFICACION DEL ACCIDENTE

- | | | | |
|----------------------|--------------------------|----------------|--------------------------|
| COLISION SIMPLE | <input type="checkbox"/> | DERRUMBE | <input type="checkbox"/> |
| COLISION MULTIPLE | <input type="checkbox"/> | INCENDIO | <input type="checkbox"/> |
| VUELCO | <input type="checkbox"/> | ATROPELLO | <input type="checkbox"/> |
| ENCUNETAMIENTO | <input type="checkbox"/> | CAIDA PASAJERO | <input type="checkbox"/> |
| EMBARRANCAMIENTO | <input type="checkbox"/> | RIADA | <input type="checkbox"/> |
| CHOQUE A OBJETO FIJO | <input type="checkbox"/> | | |

DATOS DEL VEHICULO CON EL QUE COLISIONO

PROPIETARIO: DIRECCION: TELF.:

CONDUCTOR: Nro. LICENCIA: TELF.:

DIRECCION: EDAD:

TIPO Y MARCA DEL VEHICULO: PLACA:

COMPAÑIA ASEGURADORA: Nro. CERTIFICADO:

NOMINA DE PERSONAS HERIDAS Y/O FALLECIDAS

NOMBRES	EDAD	C.I	PEATON "E" PASAJERO "P" CONDUCTOR "C"	CENTRO MEDICO
1.-	<input type="checkbox"/>
2.-	<input type="checkbox"/>
3.-	<input type="checkbox"/>
4.-	<input type="checkbox"/>
5.-	<input type="checkbox"/>
6.-	<input type="checkbox"/>
7.-	<input type="checkbox"/>
8.-	<input type="checkbox"/>
9.-	<input type="checkbox"/>
10.-	<input type="checkbox"/>
11.-	<input type="checkbox"/>
12.-	<input type="checkbox"/>
13.-	<input type="checkbox"/>
14.-	<input type="checkbox"/>
15.-	<input type="checkbox"/>

Por lo tanto, en fe de lo informado anteriormente, tengo a bien poner en conocimiento de la Compañía a fin que determine si el reclamo presentado en el presente formulario, se encuentra amparado por la Póliza SOAT, del cual de acuerdo a Ley resulte civilmente responsable a consecuencia de daños corporales que cause al conductor, ocupantes o terceros en el uso del vehículo asegurado, dentro de la vigencia de la Póliza, exceptuando las exclusiones que existiese en sus reglamentos.

Deseo así mismo, dejar expresa constancia que lo que declaro en este informe sobre el siniestro y los antecedentes que lo han provocado constituye una relación de los hechos y que ésta se sujeta a la más estricta verdad.

Atentamente,

.....
Firma del Asegurado y/o Interesado

Nombre:

C.I.

.....
Firma del Inspector

OBSERVACIONES DEL INSPECTOR:

COSTO APROXIMADO: