

Reporte de Siniestro



Fecha Sucursal Folio

No. de Placas No. Económico Marca Modelo

Accidentado por: Titular Cond. Ad. Otro Especifique nombre

No. De Contrato (RA)

PDWP si no PDW si no EPDW si no PAI si no ALI si no

Nombre del Titular

Nombre del Conductor

Nacionalidad

Importe del Contrato

Conductor Autorizado si no

Fecha del Siniestro Hora

Lugar del siniestro

población Calle y Número

Entre calles

Colonia

Ciudad Estado

carret. Carretera

Tramo

No. De kilómetro

Intervino nuestra aseguradora si no Número de Siniestro

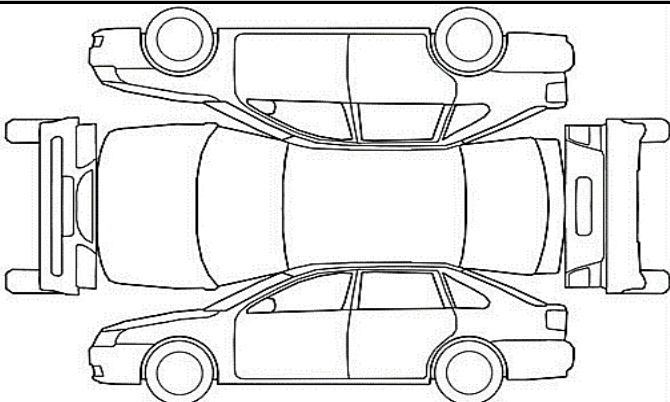
Responsable según peritaje oficial Conductor Tercero

Auto retenido por la autoridad si no Motivo de la detención

Localización actual del vehículo

Daños al vehículo ocasionados por el accidente

Daños al Vehículo



- + Pintura Levantada
- X Golpe
- R Rayon
- └ Cuarteadura cristal
- * Asterisco Cristal
- Daños a la llanta

Personas Heridas

Nombre	Edad	Nombre del Hospital (si aplica)	Relación con conductor
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Daños a terceros

Automóviles	<input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no	Nombre del Propietario <input type="text"/>	Dirección <input type="text"/>	Teléfono <input type="text"/>
Marca		Modelo <input type="text"/>	Placas <input type="text"/>	Descripción de daños <input type="text"/>
Inmuebles	<input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no	Nombre del Propietario <input type="text"/>	Dirección <input type="text"/>	Teléfono <input type="text"/>
Descripción de daños <input type="text"/>				
Personas	<input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no	Nombre del afectado <input type="text"/>	Dirección <input type="text"/>	Teléfono <input type="text"/>

Versión del Conductor (Describe con detalle la manera en que ocurrió el accidente, si lo requiere, use hojas en blanco adicionales)

Nombre del Titular Firma del Titular Lugar y Fecha