

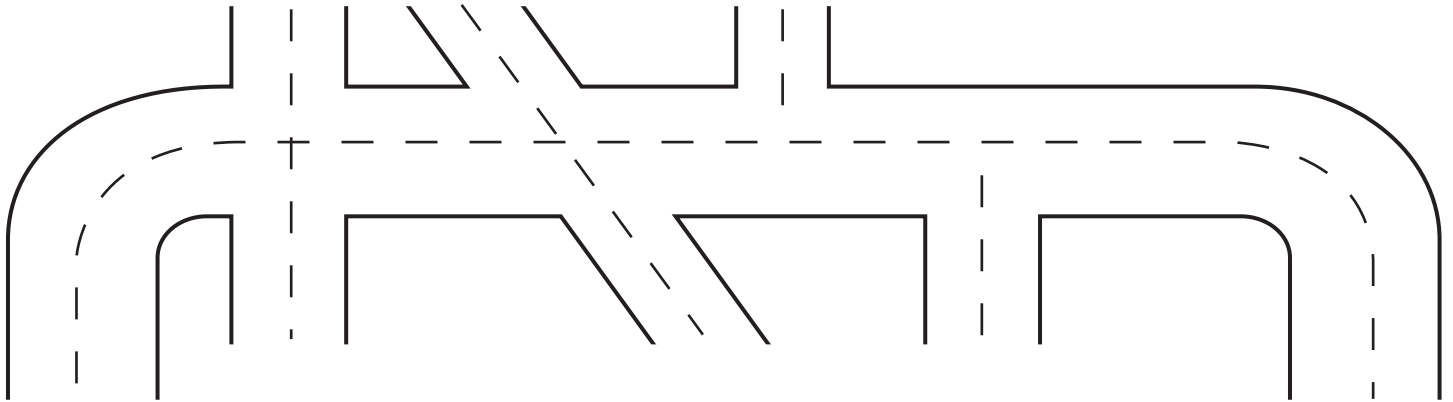
# INFORME DE ACCIDENTE

**RECLAMO No.**

FECHA DE INFORME:		PÓLIZA No.:			VIGENCIA:								
<table border="1"> <tr> <td>Día</td> <td>Mes</td> <td>Año</td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> </table>		Día	Mes	Año									
Día	Mes	Año											
RIESGOS CUBIERTOS:	L/C	P/A	A/M	COMP.	COL.	INC.	ROBO	OTRO	DEDUCIBLE:				
ACREEDOR HIPOTECARIO:					CORREDOR:								
AUTO ASEGURADO	AÑO	MARCA	MODELO	No. MOTOR		No. MOTOR		PLACA					
ASEGURADO	NOMBRE:						TEL OFIC.:						
	DIRECCIÓN:						TEL OFIC.:						
DATOS DEL ACCIDENTE	FECHA DEL ACCIDENTE	HORA	a.m.	LUGAR:									
	CONDUCTOR:		DIRECCIÓN:			EDAD:	TEL. RES:						
	RELACIÓN CON EL ASEGURADO:	USO DEL AUTO AL MOMENTO DEL ACCIDENTE:			LICENCIA No.:		TEL. OFIC:						
	DESCRIPCIÓN DE LOS DAÑOS AL AUTOMÓVIL ASEGURADO:					RESERVA \$:							
							UD. SE CONSIDERA ...						
							<input type="checkbox"/> INOCENTE <input type="checkbox"/> CULPABLE						
HUBO PARTE POLICIVO?: Sí <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		FECHA Y LUGAR DEL JUICIO:											
DATOS DE LA PARTE CONTRARIA	DUEÑO:		DIRECCIÓN RESIDENCIA:			TEL.							
			DIRECCIÓN OFICINA:			TEL:							
	CONDUCTOR:		DIRECCIÓN RESIDENCIA:			TEL.							
			DIRECCIÓN OFICINA:			TEL:							
	ESPECIFIQUE DAÑOS DEL AUTOMÓVIL:					RESERVA \$:							
AÑO		MARCA	MODELO	¿ESTA ASEGURADO?	COMPAÑÍA DE SEGUROS:								
PERSONAS LESIONADAS	NOMBRE	DIRECCIÓN	EDAD	PASAJERO		PEATÓN	HERIDAS						
				AUTO ASEG.	OTRO AUTO								
TESTIGOS	NOMBRE			DIRECCIÓN			TELÉFONO						

## 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 A MI ENTENDER LOS DETALLES DESCRITOS, SE AJUSTAN A LA VERDAD Y SON CORRECTOS. CUALQUIER DECLARACIÓN FALSA EN ESTE FORMULARIO, FACULTARÁ A LA COMPAÑÍA PARA CONSIDERAR RESCINDIDA DE PLENO DERECHO A MI PÓLIZA.

FECHA:

Día	Mes	Año

Autorización de datos personales: Entiendo y autorizo de manera voluntaria y explícita a ASEGURADORA ANCÓN S.A., para que traten los datos personales que he incluido en el presente formulario con el fin de desarrollar las actividades propias del trámite del aviso de siniestro correspondiente a la póliza de seguros de automóviles.

Como Titular de la información tengo derecho a acceder, rectificar, cancelar, oponerme y solicitar la portabilidad de mi información personal, siempre y cuando, no exista un deber legal o contractual que lo impida. De acuerdo con lo anterior, los canales dispuestos para la atención de consultas, quejas y reclamos están publicados en el Aviso de Privacidad de Aseguradora Ancón a través del sitio web <https://www.asegurancon.com/>. Fundamentada en la Ley 81 de marzo de 2019.

\_\_\_\_\_  
CONDUCTOR

\_\_\_\_\_  
ASEGURADO

INFORMACIÓN ADICIONAL: \_\_\_\_\_