



# COOPSEGUROS

Cooperativa Nacional De Seguros

C/ Hermanos Deligne #156, Cauce, Santo Domingo, República Dominicana  
Tels.: 809-682-6118 / 1-809-200-6118 / Fax: 809-682-6313  
www.coopseguros.coop

## FORMULARIO AVISO ACCIDENTE VEHÍCULO DE MOTOR

Fecha del Reporte: \_\_\_\_\_

### Datos del asegurado

Nombre: _____	Teléfono: _____
Dirección: _____	
_____	
Celular: _____	Cédula: _____
Póliza No.: _____	Correo Electrónico: _____

### Datos del automóvil asegurado

Marca Vehículo	Modelo Vehículo	Año	Placa	Chasis

### Datos conductor

Nombre	Edad	Licencia No.	Vencimiento	Parentesco con el Asegurado
Correo Electrónico	Teléfono			

### Detalles del accidente

Fecha	Hora (a.m./p.m.)	Lugar del Accidente

Se levantó acta policial: Si  No

En caso negativo, especifique: \_\_\_\_\_

Se considera usted culpable del accidente? Si  No

### Daños al vehículo asegurado

Describe los daños sufridos por el vehículo: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

¿Dónde se encuentra el vehículo?: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

### Daños a propiedad ajena

Nombre del Propietario		Compañía Aseguradora		
Marca y Modelo	Año	Placa	Chasis	Descripción de Daños

Continúa al Dorso

**Lesiones a personas**

Nombres	Relación con el Asegurado	Naturaleza de las Lesiones

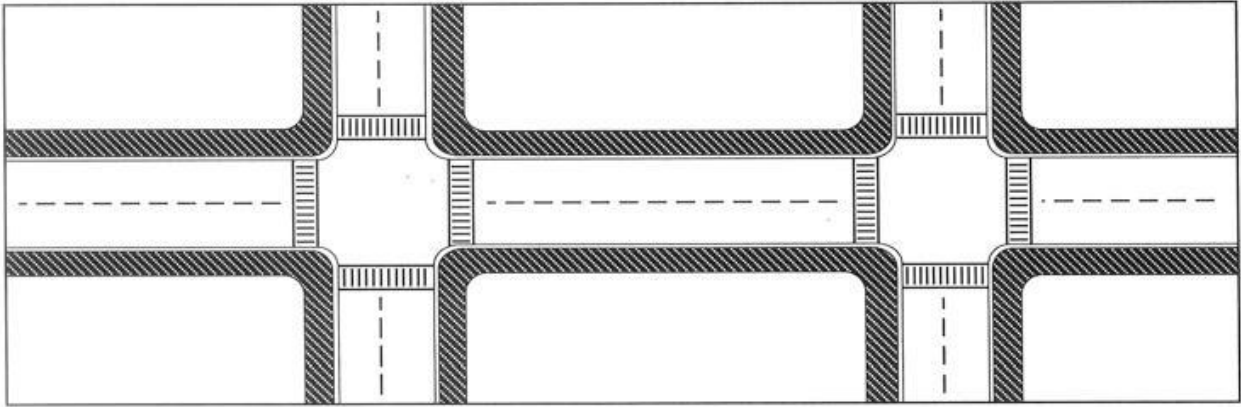
**Testigos**

	Nombres	Teléfono	Dirección
1			
2			
3			

**Describe el accidente**


**Describe el accidente**

Muestra la dirección del accidente con una flecha así →



\_\_\_\_\_

Fecha

\_\_\_\_\_

Firma del Asegurado

\_\_\_\_\_

Firma del conductor  
(Si no es el asegurado)

\_\_\_\_\_

Corredor