

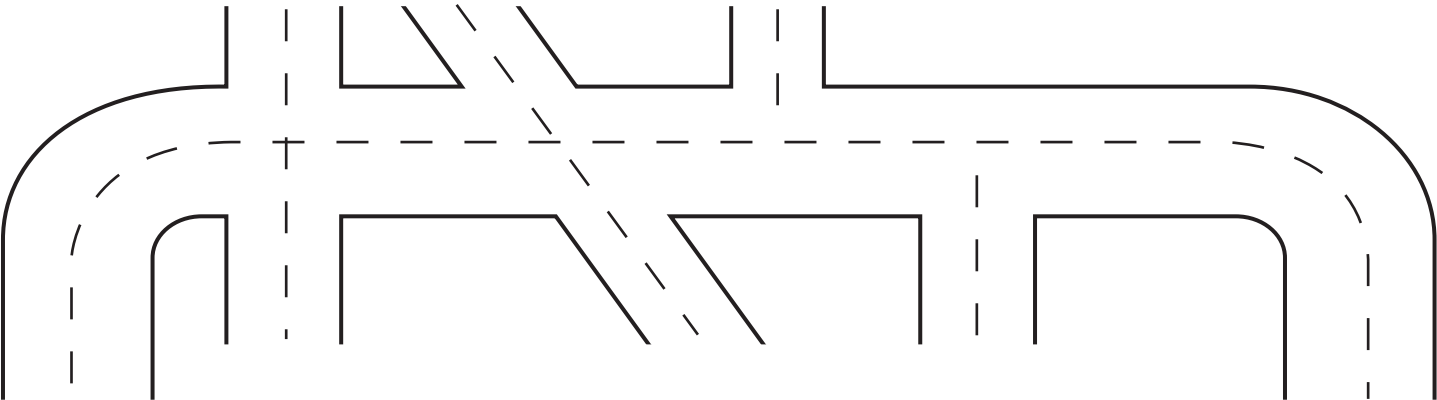
# INFORME DE ACCIDENTE

RECLAMO No.

|                             |  |       |           |     |  |                                  |                      |               |          |             |  |
|-----------------------------|--|-------|-----------|-----|--|----------------------------------|----------------------|---------------|----------|-------------|--|
| FECHA DE INFORME:           |  |       |           |     | PÓLIZA No.:                            |                                  |                      |               |          | VIGENCIA:   |  |
|                             |  | 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:                           |                      |               |          |             |  |
|                             |  |       |           |     | p.m.                                   |                                  |                      |               |          |             |  |
|                             | CONDUCTOR:                                       |       |           |     | DIRECCIÓN:                             |                                  |                      |               | EDAD:    | TEL. RES:   |  |
|                             | RELACIÓN CON EL ASEGURADO:                       |       |           |     | USO DEL AUTO AL MOMENTO DEL ACCIDENTE: |                                  |                      | LICENCIA No.: |          | TEL. OFIC:  |  |
|                             |  |       |           |     |  |                                  |                      | TIPO:         |          |             |  |
|                             | DESCRIPCIÓN DE LOS DAÑOS AL AUTOMÓVIL ASEGURADO: |       |           |     |  |                                  |                      |               |          | RESERVA \$: |  |
|                             |  |       |           |     |  |                                  |                      |               |          |             |  |
| DATOS DE LA PARTE CONTRARIA | DUEÑO:   |       |           |     | DIRECCIÓN RESIDENCIA:                  |                                  |                      |               | TEL.     |             |  |
|                             |  |       |           |     | DIRECCIÓN OFICINA:                     |                                  |                      |               | TEL:     |             |  |
|                             | CONDUCTOR:                                       |       |           |     | DIRECCIÓN RESIDENCIA:                  |                                  |                      |               | TEL.     |             |  |
|                             |  |       |           |     | DIRECCIÓN OFICINA:                     |                                  |                      |               | TEL:     |             |  |
|                             | ESPECIFIQUE DAÑOS DEL AUTOMÓVIL:                 |       |           |     |  |                                  |                      |               |          | RESERVA \$: |  |
|                             |  |       |           |     |  |                                  |                      |               |          |             |  |
|                             |  |       |           |     |  |                                  |                      |               |          |             |  |
| PERSONAS LESIONADAS         | AÑO  | MARCA | MODELO    |     | ¿ESTA ASEGURADO?                       |                                  | COMPañía DE SEGUROS: |               |          |             |  |
|                             | NOMBRE   |       | DIRECCIÓN |     | EDAD                                   | PASAJERO<br>AUTO ASEG. OTRO AUTO |                      | PEATÓN        | HERIDAS  |             |  |
|                             |  |       |           |     |  |                                  |                      |               |          |             |  |
| 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: \_\_\_\_\_