

1. Datos del aviso						
Ciudad	Fecha de aviso	Día	Mes	Año	Póliza Afectada	
					RCE(daños Terceros)	RCC(lesiones Muerte a Pasajeros)

2. Datos del Asegurado (únicamente para diligencias por el Conductor y/o propietario del vehículo Asegurado)						
Nombres y Apellidos (conductor)					C.C. NIT	
Nombres y Apellidos (Propietario)					C.C. NIT	
Dirección			Teléfono			
Placa	Marca	Modelo (año)		Tipo	Servicio	
Empresa Transportadora:			Se presentaron: DAÑOS <input type="checkbox"/> LESIONES <input type="checkbox"/> MUERTE <input type="checkbox"/>			

3. Descripción del siniestro					
Lugar Exacto del Accidente	Día	Mes	Año	Autoridad Competente	
				Inspección <input type="checkbox"/>	Fiscalía <input type="checkbox"/>
Por favor haga una descripción breve del siniestro:					

4. Datos del vehículo del tercero afectado (diligenciar solo si este amparo fue afectado)					
Nombre del conductor	C.C		Dirección de residencia	Teléfono	
Nombre del propietario	C.C		Dirección de residencia	Teléfono	
Posee póliza de seguro de daños			Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	No. Póliza	Compañía
Placa	Marca	Modelo	Tipo	Servicio	

Por favor elabore una relación de los daños del vehículo:

<b>5. Datos de los Afectados (diligenciar solo sí se presentaron lesionados o muertos)</b>			
Afectados del vehículo asegurado      Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		Marque con una (X)	
Nombres y apellidos personas afectadas en vehículo asegurado	Identificación	Lesionados	Muertos
Afectados del vehículo Tercero      Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		Marque con una (X)	
Nombres y apellidos personas afectadas vehículo tercero	Identificación	Lesionados	Muertos
Afectados transeúntes      Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		Marque con una (X)	
Nombres y apellidos de los transeúntes	Identificación	Lesionados	Muertos

Declaro que la información consignada en el presente aviso de siniestro es verdadera y autorizó a Seguros Colpatria S.A. a realizar las constataciones y validaciones necesarias, e informar a cualquier central de riesgo a que hubiere lugar.

\_\_\_\_\_  
 Firma del Conductor y/o propietario  
 (solicite la relación de los documentos a presentar para oficializar la reclamación)

\_\_\_\_\_  
 Vo Bo Seguros Colpatria S.A