



LA CENTRO AMERICANA
EL SALVADOR

DECLARACION DE
ACCIDENTE DE AUTOMOVILES

CLASE		NUM. EXPEDIENTE	
No. POLIZA	PLACA	FECHA ACCIDENTE	HORA
		CLAVE RECEP	

LUGAR DE
OCURRENCIA

DIRECCION

No. O.P.Km.

DEPARTAMENTO

CIUDAD

PAIS

Por favor en caso afirmativo
indique con X y complemente
Al reverso

DAÑOS A PERSONAS ☐

OTROS DAÑOS (ANIMALES O COSAS) ☐

TESTIGOS ☐

INTERVINO POLICIA ☐

INFORMACION
DE LA POLIZA

RECIBO

Vto.

Situación

DATOS VEHICULO ASEGURADO

INDICAR CON X LAS
CIRCUNSTANCIAS DEL SINIESTRO

DATOS VEHICULOS CONTRARIO(*)

ASEGURADO

Don:

Domicilio:

Tel.:

Departamento:

Ciudad:

PROPIETARIO

Don:

Domicilio:

DUI

Tel.:

Departamento:

Ciudad:

CONDUCTOR

Don:

Domicilio:

Tel.:

Departamento:

Ciudad:

Fecha de Nac.:

Sexo:

E. Civil:

Profesión:

No. Licencia:

Fecha de expedición:

Relación con el asegurado:

VEHICULO

Marca y Modelo:

Color:

Clase:

Uso:

TALLER DE REPARACION

Nombre:

Tel.:

Departamento:

Ciudad:

Fecha de Entrada:

Hora:

ORIGEN DAÑOS

(Señale con X)

Choque

Incendio

Robo

Vidrios

Otras Causas

☐☐☐☐☐

1 Estaba Estacionado.

2 Salía de un estacionamiento.

3 Iba a estacionar.

4 Salía de un parqueo de un lugar
privado de un camino de tierra.

5 Entraba a un parqueo de un lugar
privado de un camino de tierra.

6 Entraba en un redondel

7 Circulaba por un redondel.

8 Colisionó en la parte de atrás
del otro vehiculo que circulaba
en el mismo sentido y en el
mismo carril.

9 Circulaba en el mismo sentido
y en carril diferente.

10 Cambiaba de carril.

11 Sobrepasaba.

12 Giraba a la derecha.

13 Giraba a la izquierda.

14 Daba marcha atras.

15 Circulaba en contrasentido.

16 Venía de derecha (en un cruce).

17 No respeto la señal de transito.

18 Otras causas.

Indicar al número de
X de cada columna
TOTAL TOTAL

ASEGURADO

Don:

Domicilio:

Tel.:

Departamento:

Ciudad:

PROPIETARIO

Don:

Domicilio:

DUI

Tel.:

Departamento:

Ciudad:

CONDUCTOR

Don:

Domicilio:

Tel.:

Departamento:

Ciudad:

Fecha de Nac.:

Sexo:

E. Civil:

Profesión:

No. Licencia:

Clase:

Fecha de expedición:

Relación con el asegurado:

VEHICULO

Marca y Modelo:

Placa:

Color:

Clase:

Uso:

COMPANIA ASEGURADORA Y PÓLIZA

Cia y Ag.

No. Póliza

Cubre daños propios:

en vigor Póliza

TALLER DE REPARACION

Nombre:

Tel.:

Departamento:

Ciudad:

Fecha de Entrada:

Hora:



Indique con una X
los daños

Descripción Daños

Descripción Daños



Indique con una X
los daños

CROQUIS DEL ACCIDENTE: (Dibujar posición de vehiculos, dirección
por nombres de calles, señales de transito, etc.)

RELATO DEL ACCIDENTE:

INTERVINO EL SALVADOR ASISTENCIA? SI ☐ NO ☐

Fecha

Indique nombre y relación cuando no sea este el que comunique el accidente

EL ASEGURADO

(*) En caso de más de un vehiculo contrario por favor, complete datos de estos utilizado más impresos.

DANOS CAUSADOS A PERSONAS
CLASE LESIONADO (Indicar con una X)

Apellidos: _____ Nombre: _____
 Domicilio: _____ Tel.: _____
 Departamento: _____ Ciudad: _____
 Edad: _____ Sexo: _____ E. Civil: _____ Profesión: _____

ESTADO DEL LESIONADO

MUERTE	☐	HOSPITAL O CLINICA: _____
MUY GRAVE	☐	DESCRIPCION LESIONES: _____
GRAVE	☐	_____
LEVE	☐	_____ ¿ QUEDA INTERNADO? _____

☐ Peatón / Ciclista
☐ Conductor Vehículo contrario
☐ Ocupante Vehículo contrario
☐ Asegurado / Conductor / Propietario
 del vehículo Asegurado
☐ Ocupante Vehículo Asegurado
 Indicar relación con Conductor o Propietario

Apellidos: _____ Nombre: _____
 Domicilio: _____ Tel.: _____
 Departamento: _____ Ciudad: _____
 Edad: _____ Sexo: _____ E. Civil: _____ Profesión: _____

ESTADO DEL LESIONADO

MUERTE	☐	HOSPITAL O CLINICA: _____
MUY GRAVE	☐	DESCRIPCION LESIONES: _____
GRAVE	☐	_____
LEVE	☐	_____ ¿ QUEDA INTERNADO? _____

☐ Peatón / Ciclista
☐ Conductor Vehículo contrario
☐ Ocupante Vehículo contrario
☐ Asegurado / Conductor / Propietario
 del vehículo Asegurado
☐ Ocupante Vehículo Asegurado
 Indicar relación con Conductor o Propietario

Apellidos: _____ Nombre: _____
 Domicilio: _____ Tel.: _____
 Departamento: _____ Ciudad: _____
 Edad: _____ Sexo: _____ E. Civil: _____ Profesión: _____

ESTADO DEL LESIONADO

MUERTE	☐	HOSPITAL O CLINICA: _____
MUY GRAVE	☐	DESCRIPCION LESIONES: _____
GRAVE	☐	_____
LEVE	☐	_____ ¿ QUEDA INTERNADO? _____

☐ Peatón / Ciclista
☐ Conductor Vehículo contrario
☐ Ocupante Vehículo contrario
☐ Asegurado / Conductor / Propietario
 del vehículo Asegurado
☐ Ocupante Vehículo Asegurado
 Indicar relación con Conductor o Propietario

OTROS DAÑOS (ANIMALES O COSAS)

OBJETOS Y DAÑOS: _____
 PROPIETARIO: _____ Tel: _____
 OBSERVACIONES: _____

OBJETOS Y DAÑOS: _____
 PROPIETARIO: _____ Tel: _____
 OBSERVACIONES: _____

INTERVENCIÓN TRAFICO O POLICIA / ATESTADO

AUTORIDAD QUE INTERVINO: _____
 JURISDICCION: _____ ¿SE LEVANTO PARTE DE POLICÍA? _____

TESTIGOS:

Apellidos: _____ Nombre: _____ Tel.: _____
 Domicilio: _____

Indicar con la letra resaltada Ocupante Vehículo **A** asegurado Ocupante Vehículo **C** ontrario **P** eatón **O** tros

Apellidos: _____ Nombre: _____ Tel.: _____
 Domicilio: _____

Indicar con la letra resaltada Ocupante Vehículo **A** asegurado Ocupante Vehículo **C** ontrario **P** eatón **O** tros

OTROS DATOS DE INTERES:

En _____ de _____ de _____

EL ASEGURADO