







1. INFORMACIÓN GENERAL DE ASISTENCIAS									
Firma DVP S.A.S		Abogado JAVIER FERNANDEZ VILLAMIL				Nº Sinistro			
Fecha Asistencia 26/07/2020		Tipo Asistencia PRESENCIAL							
Fecha Accidente 26/07/2020		Dirección Accidente Cm 2 Ns 8-16				Ciudad Accidente Fusateñe			
Tipo Proceso Daños <input type="checkbox"/> Lesiones <input type="checkbox"/> Homicidio <input type="checkbox"/> Otros Daños <input type="checkbox"/>									
Descripción Autoridad Autoridad que Conoce Tránsito <input type="checkbox"/> Fiscalía <input type="checkbox"/> Juzgado <input type="checkbox"/> Centro Conciliación <input type="checkbox"/> Otra <input type="checkbox"/>									
Entrega Provisional SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>									
Entrega Definitiva SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>									
2. INFORMACIÓN VEHICULO ASEGURADO									
Placa F0V571		Nombre Propietario Arnulfo Morales				Nombre Conductor Luis Arnulfo Morales			
Teléfono 1		Teléfono 2 312480727				Correo Electrónico arnulfo201@hotmail.com			
3. CONCEPTO DE RESPONSABILIDAD									
Tercero <input checked="" type="checkbox"/> Asegurado <input type="checkbox"/> Compartida <input type="checkbox"/> Indeterminada <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/>									
Concepto de Responsabilidad y Descripción del accidente Al asegurarse se le atribuye en peaton en estado de ebriedad, el cual es colisionado.									
4. CANTIDAD DE TERCEROS INVOLUCRADOS									
Nº de Vehículos <input type="checkbox"/> Nº de Lesionados <input type="checkbox"/> Nº de Fallecidos <input type="checkbox"/> Otros Daños <input type="checkbox"/>									
5. INFORMACIÓN DEL TERCERO CON DAÑOS									
Placa Peaton		Ciudad Placa -11-		Materia -11-		Clase -11-			
Tipo		Modelo		Servicio		Empresa Afiliadora -11-			
Nombre Propietario -11-						Nº Documento -11-			
Dirección -11-		Teléfono 1		Teléfono 2		Correo Electrónico			
Nombre Conductor -11-						Nº Documento			
Dirección -11-		Teléfono 1		Teléfono 2		Correo Electrónico -11-			
¿Está el tercero asegurado?		Aseguradora		Descripción de los Daños					
SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		-11-		-11-					
¿Acuerdo en sitio por los daños?		Tipo de Acuerdo		Póliza a disposición AZ <input type="checkbox"/> Paga el asegurado <input type="checkbox"/> Desistimiento partes <input type="checkbox"/> Póliza tercera <input type="checkbox"/> Paga tercera <input type="checkbox"/>					
SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		Contrato AZ <input type="checkbox"/> Valor							
6. INFORMACIÓN TERCERO LESIONADO O HOMICIDIO									
Nombre Lesionado Sonia Tulio Rodríguez						Tipo Documento CC/TT <input checked="" type="checkbox"/> CE <input type="checkbox"/>		Nº Documento 3.070.962.787	
¿Fue atendido por una entidad hospitalaria?		Tipo de Tercero		Pasajero asegurado <input type="checkbox"/>		Ocupante carro tercero <input type="checkbox"/>		Pasajero moto o bici tercero <input type="checkbox"/>	
SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		Peatón <input type="checkbox"/>							
Sexo Hombre <input type="checkbox"/> Mujer <input checked="" type="checkbox"/>		Edad		Descripción de las lesiones					
		Entre 1 y 18 años <input type="checkbox"/> Entre 19 y 30 años <input checked="" type="checkbox"/> Entre 31 y 50 años <input type="checkbox"/> Mayor de 50 años <input type="checkbox"/>							
¿Acuerdo en sitio por los daños?		Tipo de Acuerdo		Póliza a disposición AZ <input type="checkbox"/> Paga el asegurado <input type="checkbox"/> Desistimiento partes <input type="checkbox"/> Póliza tercera <input type="checkbox"/> Paga tercera <input type="checkbox"/>					
SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		Contrato AZ <input type="checkbox"/> Valor							
7. DOCUMENTOS ASOCIADOS									
Informe de Tránsito		Fotografías		Comentarios Lula Lizaraso Cáceres (conyuge) Tel: 3115509398					
SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/>		SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>							
Acuerdo		Desistimiento							
SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/>		SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>							
FAT o CEDV Pruebas		Otros							
SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>									

FIRMA DEL ASEGURADO
C.C. 79.566.746