

## INFORME DE AVISO DE PÉRDIDA ACCIDENTE DE AUTOMÓVIL

### A. GENERALES

INFORMACIÓN DEL VEHÍCULO ASEGURADO		
No. Póliza:		No. del Reclamo:
Asegurado:		
Marca:	Modelo:	Placa:
Año:	Color:	Kilometraje:

### DATOS DEL CONDUCTOR

Nombre:		Cédula o Pasaporte:	
Edad:	Fecha de Nacimiento:	Sexo F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>	Correo Electrónico:
Teléfonos:		Domicilio:	Lugar de trabajo:
Ocupación:	No. de Licencia:	Tipo de Licencia (Letras):	

### DAÑOS A LA PROPIEDAD AJENA

Propietario 1:		Cédula:	Conductor:
Cédula:	Teléfonos:	Celular:	Marca del Vehículo:
Modelo:	Placa:	Año:	Tiene seguro: Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Número de póliza:	Compañía de Seguros:		
Propietario 2:		Cédula:	Conductor:
Teléfonos:		Cédula:	Celular:
Marca del Vehículo:		Modelo:	Placa:
Año:	Tiene seguro: Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Compañía de Seguros:	
Número de póliza:			

### DATOS DEL ACCIDENTE

Fecha del Accidente:		Hora del Accidente:	<input type="checkbox"/> AM <input type="checkbox"/> PM
Lugar del Accidente:		Boleta No.	
Se hizo parte Político: Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		Fecha de Audiencia:	
Juzgado:			

### Descripción del Accidente por el Asegurado o Conductor Autorizado

¿Se encontraba laborando? si  No

De ser afirmativa la respuesta ¿Dónde labora y cuál es el horario en el que se encontraba laborado?

¿Cuántos vehículos participaron en el accidente?

Por este medio Certifico que las respuestas anteriores son correctas y verdaderas. Autorizo a cualquier medico, enfermera, hospital, proveedores, corredores de seguro y otras Compañías de Seguro que posean información, archivos clínicos, cuadriculas medica concerniente al reclamante para que suministren dicha información y/o documentación completa a Optima Compañía de Seguros, igualmente autorizo a Optima Compañía de Seguros y a cualquier persona que tenga calidad de corredor de seguros o tenedor de póliza, para el manejo de la información que reposa en el presente formulario.

Firma Del Asegurado y/o conductor responsable Autorizado:

Cédula: \_\_\_\_\_

Fecha	Día	Mes	Año
-------	-----	-----	-----

El(la) suscrito(a) entiende, acepta, autoriza y otorga su consentimiento a OPTIMA COMPAÑÍA DE SEGUROS SA, al Grupo Económico al que pertenece, sus socios estratégicos o de negocio, para que accedan, utilicen, compartan, manejen, traten y/o custodien los datos personales, cuando sea requerido, con fines y alcances específicos relacionados con su actividad comercial y de servicios financieros, lo cual incluye, la comercialización, colocación, negociación y contratación de sus productos, así como también las gestiones operativas relacionadas, tales como, pero no limitadas a temas de cobranzas, renovaciones, manejo de reclamaciones, entre otras, manteniendo siempre la confidencialidad de la información, en concordancia a lo dispuesto en la Ley 81 de 26 de marzo de 2019, Ley 12 de 3 de abril de 2012 y demás disposiciones relacionadas.