



**Versión de los hechos del asegurado**

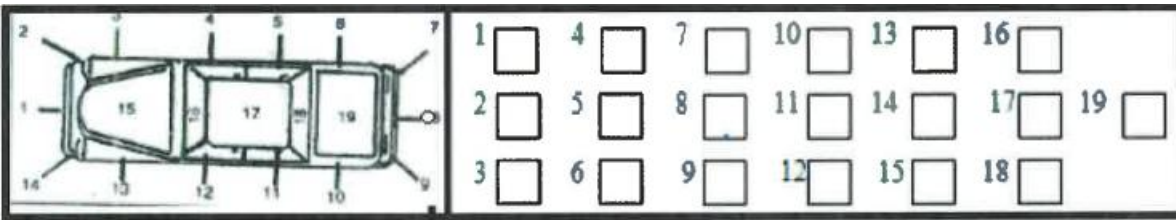
---

---

---

---

**Marque los daños que sufrió el vehículo en la colisión**



- El vehículo presenta posibles daños mecánicos Si \_\_\_ No \_\_\_
- ¿Cuenta con fotos o videos que sustenten la colisión? Si \_\_\_ No \_\_\_
- ¿En caso de resultar culpable desearía una apelación? Si \_\_\_ No \_\_\_
- ¿Hubo lesionados en el hecho de tránsito? Si \_\_\_ No \_\_\_
- ¿Acudiría a la audiencia con el abogado? Si \_\_\_ No \_\_\_
- ¿Cómo se considera en el hecho de transito Inocente \_\_\_ Culpable \_\_\_

**Diseñe un diagrama de lo sucedido el día de la colisión**

Teléfono y correo del conductor \_\_\_\_\_

Teléfono y correo del asegurado \_\_\_\_\_

Teléfono y correo del corredor (si aplica) \_\_\_\_\_

---

Firma del conductor Fecha Hora N° de póliza