

RECAUDOS A CONSIGNAR PARA PROCESAR RECLAMOS POR R.C.V	
CONTRATANTE	AFECTADO
<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> 1. CÉDULA DE IDENTIDAD <input type="checkbox"/> 2. CARNET DE CIRCULACIÓN <input type="checkbox"/> 3. LICENCIA DE CONDUCIR <input type="checkbox"/> 4. CERTIFICADO MÉDICO <input type="checkbox"/> 5. CONTRATO RCV <input type="checkbox"/> 6. TITULO DE PROPIEDAD / DOC. TRASPASO <input type="checkbox"/> 7. FORMATO DE DECLARACION DE ACCIDENTE DE TRANSITO DE LA COOPERATIVA. (FIRMADO.) <input type="checkbox"/> 8. FACTURA DE GASTOS DE GRÚA EN CASO DE USARLA (ACCIDENTE DE TRANSITO). 	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> 1. CÉDULA DE IDENTIDAD <input type="checkbox"/> 2. CARNET DE CIRCULACIÓN <input type="checkbox"/> 3. LICENCIA DE CONDUCIR <input type="checkbox"/> 4. CERTIFICADO MÉDICO <input type="checkbox"/> 5. CONTRATO RCV; EN CASO DE POSEER POLIZA A TODO RIESGO DEBE EMITIR UNA CARTA DE RENUNCIA A SU EMPRESA DE SEGUROS Y TRAERLA FIRMADA Y SELLADA POR ÉSTA. <input type="checkbox"/> 6. TITULO DE PROPIEDAD / DOC. TRASPASO <input type="checkbox"/> 7. COPIA CERTIFICADA DE ACTUACIONES DE TRÁNSITO. (EXPEDIENTE DE TRÁNSITO) <input type="checkbox"/> 8. FORMATO DE DECLARACION DE ACCIDENTE DE TRANSITO DE LA COOPERATIVA. (FIRMADO.)
<p>EN CASO DE LESIONADOS / MUERTE</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> 1. CONSTANCIA DEL TRIBUNAL QUE CONOCE LA CAUSA <input type="checkbox"/> 2. COPIAS DE ACTA FORENSE O EXAMEN MÉDICO <input type="checkbox"/> 3. FACTURAS LEGALES DE GASTOS MÉDICOS. <input type="checkbox"/> 4. ACTA DE DEFUNCIÓN. <input type="checkbox"/> 5. PARTIDA DE NACIMIENTO <input type="checkbox"/> 6. OTROS RECAUDOS: <input type="checkbox"/> _____ <input type="checkbox"/> _____ <input type="checkbox"/> _____ 	<p>EN CASO DE LESIONADOS / MUERTE</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> 1. CONSTANCIA DEL TRIBUNAL QUE CONOCE LA CAUSA <input type="checkbox"/> 2. COPIAS DE ACTA FORENSE O EXAMEN MÉDICO <input type="checkbox"/> 3. FACTURAS LEGALES DE GASTOS MÉDICOS. <input type="checkbox"/> 4. ACTA DE DEFUNCIÓN. <input type="checkbox"/> 5. PARTIDA DE NACIMIENTO <input type="checkbox"/> 6. OTROS RECAUDOS: <input type="checkbox"/> _____ <input type="checkbox"/> _____ <input type="checkbox"/> _____
USO DE LA COOPERATIVA (RECEPTORA)	
Nombre del Asesor:	Oficina:
Firma:	Fecha de Recepción de Recaudos:

Nota: para la Tramitación del Reclamo para Indemnización por Accidente de Tránsito deberán consignarse todos los Recaudos Exigidos por la Cooperativa sin excepción, en dos Copias y en carpeta Amarilla.