

Seguro de Responsabilidad Obligatorio para Vehículos de Motor Informe Amistoso de Accidente

CADA PARTE DEBE RETENER UNA COPIA DE ESTE INFORME - LLENE A TINTA EN LETRA DE MOLDE

DATOS DEL ACCIDENTE

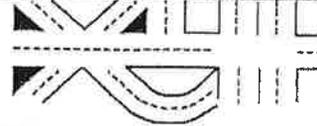
Fecha: (Día - Mes - Año)		Hora: <input type="checkbox"/> AM <input type="checkbox"/> PM		Lugar:		Codificación: (Uso Asegurador)	
Carretera:	Kilómetro:	Barrio:	Municipio:	Núm. de Vehículos Involucrados:			

DATOS DEL POLICIA QUE INVESTIGÓ O A QUIÉN SE INFORMÓ EL ACCIDENTE

Nombre del Policía:		Apellidos del Policía:		Número de Placa:	
Cuartel: Gurabo		Número de Querrela:		El Policía: <input type="checkbox"/> Estuvo <input type="checkbox"/> No estuvo presente en la escena del accidente	

DIAGRAMA DEL ACCIDENTE

INSTRUCCIONES:
 Represente el accidente utilizando figuras como las que se muestran abajo para identificar los vehículos 1 y 2. Use flechas (--->) para indicar las direcciones en que transitaban. Incluya señales de tránsito y nombre de las calles. Indique con flechas (--->) el punto de impacto en cada vehículo. (Vea ejemplo al dorso)



DATOS VEHICULO 1 (ASEGURADO)

Nombre del dueño:		Apellidos del dueño:		Edad:	Sexo: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Núm. Licencia:	Estado emite licencia:
Seg. Social:		Dirección Postal:		Pueblo:		Código Postal:	
Teléfono Residencial/ Celular:		Teléfono Trabajo:		Compañía Seguros:		Núm. Póliza:	
Nombre del Conductor:		Apellidos del Conductor:		Edad:	Sexo: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Núm. Licencia:	Estado emite licencia:
Núm. de Seguro Social:		Dirección Postal:		Pueblo:		Código Postal:	
Tel. Residencial/ Celular:		Tel. Trabajo:		Fecha Pago marbetes:	Fecha Vencimiento marbetes:	Número de póliza:	
Marca:	Modelo:	Color:	Año:	Núm. Tablilla:	Millaje:		
Núm. de Motor (VIN):		Número de Registro:				Reclamación Núm. (Uso Asegurador)	
Describa el accidente y los daños sufridos por el Vehículo 1, e incluya otros comentarios:							

DATOS VEHICULO 2 (RECLAMANTE)

Nombre del dueño:		Apellidos del dueño:		Edad:	Sexo: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Núm. Licencia:	Estado emite licencia:
Núm. Seg. Social:		Dirección Postal:		Pueblo:		Código Postal:	
Tel. Residencia/ Celular:		Tel. Trabajo:		Compañía Seguro:		Núm. Póliza:	
Nombre del Conductor:		Apellidos del Conductor:		Edad:	Sexo: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Núm. Licencia:	Estado emite licencia:
Seg. Social:		Dirección Postal:		Pueblo:		Código Postal:	
Tel. Residencia:		Tel. Trabajo:		Fecha Pago marbetes:	Fecha Vencimiento marbetes:	Casa Financiadora:	
Marca:	Modelo:	Color:	Año:	Núm. Tablilla:	Millaje:		
Núm. de Motor (VIN):		Número de Registro:				Reclamación Núm. (Uso Asegurador)	
Describa el accidente y los daños sufridos por el Vehículo 2, e incluya otros comentarios:							

El contenido de este informe no implica reconocimiento de responsabilidad de las partes involucradas en el accidente, sino una correcta recopilación de información que facilitará la tramitación de las reclamaciones que puedan hacerse como resultado de este accidente. No discuta el contenido de este informe excepto con un funcionario, empleado o representante de su asegurador. Cualquier persona que ofrezca, provea o suscriba información falsa o fraudulenta en este informe o prepare, haga, presente o suscriba una reclamación falsa o fraudulenta o prueba en apoyo de la misma, para el pago de una pérdida con arreglo al seguro de responsabilidad obligatorio, estará sujeta a las sanciones administrativas o penales correspondientes conforme a la Ley Núm. 253 del 27 de diciembre de 1995, según enmendada. Una vez llene este informe debe firmarlo en el espacio provisto para ello. Las firmas de las partes son necesarias para procesar cualquier reclamación que se interese presentar y garantiza que la información provista es correcta y verdadera. Una vez firmada por ambas partes, este informe no debe ser modificado.

Firma Vehículo 1 (Asegurado)

Fecha

Firma Vehículo 2 (Reclamante)

Fecha