Multinational Insurance Company
Seguro te Responde

Enviar a micclaims@multinationalpr.com

Seguro de Responsabilidad Obligatorio para Vehículos de Motor

Informe Amistoso de Accidente

VEA INSTRUCCIONES AL DORSO - CADA PARTE DEBE RETENER UNA COPIA DE ESTE INFORME.
- LLENE A TINTA EN LETRA DE MOLDE. -

DATOS DEL ACCIDENTE

Fecha (Día - Mes - Año)	Hora: ◉ AM ◯ PM	Lugar	Codificación (Uso Asegurador)

Carretera	Kilómetro	Barrio	Municipio	Núm. de Vehículos involucrados

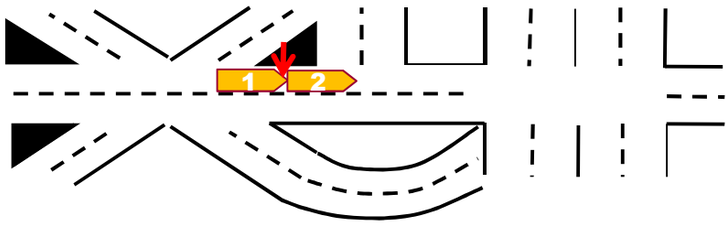
DATOS DEL POLICÍA QUE INVESTIGÓ O A QUIEN SE INFORMÓ EL ACCIDENTE

Nombre del Policía	Apellidos del Policía	Núm. de Placa

Cuartel	Núm. de Querella	El Policía: ◉ Estuvo ◯ 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 VEHÍCULO 1

Nombre del Dueño	Apellidos	Edad	Sexo	Licencia Núm.	Estado que Emite la Lic. si no es P.R.:

Número de Seguro Social:	Dirección	Pueblo	Código Postal

Email	Telefono de Contacto	Nombre de la Compañía de Seguros que lo cubre:	Póliza Núm.
		MULTINATIONAL INSURANCE COMPANY	

Nombre del Conductor	Apellidos	Edad	Sexo	Licencia Núm.	Estado que Emite la Lic. si no es P.R.:

Número de Seguro Social:	Dirección	Pueblo	Código Postal
- -			

Email de contacto	Telefono de contacto	Fecha Pago Marbete	Fecha Vencimiento Marbete	Casa Financiadora o Arrendador

Marca	Modelo	Año	Color	Tablilla Núm.	Millaje
					aprox.

Número de Motor o Serie (VIN)	Número de Registro	Reclamación Núm.

Describa el accidente y los daños sufridos por el Vehículo 1 e incluya otros comentarios:

DATOS VEHÍCULO 2

Nombre del Dueño	Apellidos	Edad	Sexo	Licencia Núm.	Estado que Emite la Lic. si no es P.R.:

Número de Seguro Social:	Dirección	Pueblo	Código Postal
- -			

Tel. Residencia	Tel. Trabajo	Nombre de la Compañía de Seguros que lo cubre:	Póliza Núm.

Nombre del Conductor	Apellidos	Edad	Sexo	Licencia Núm.	Estado que Emite la Lic. si no es P.R.:

Número de Seguro Social:	Dirección	Pueblo	Código Postal
- -			

Tel. Residencia	Tel. Trabajo	Fecha Pago Marbete	Fecha Vencimiento Marbete	Casa Financiadora o Arrendador

Marca	Modelo	Año	Color	Tablilla Núm.	Millaje
					aprox.

Número de Motor o Serie (VIN)	Número de Registro	Reclamación Núm.

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 firmado por ambas partes, este Informe no debe ser modificado.

Firma Dueño Vehículo **1** _____ Fecha _____

Firma Dueño Vehículo **2** _____ Fecha _____