

Enviar a: obligatorio@multinationalpr.com

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	

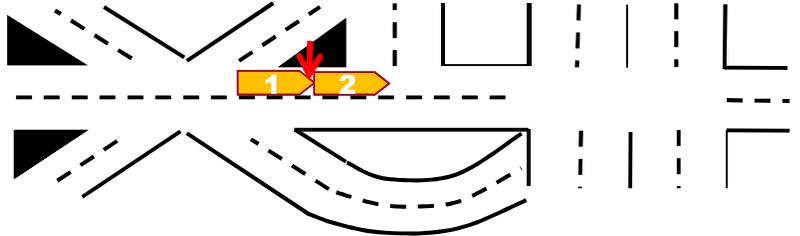
DATOS DEL POLICÍA QUE INVESTIGÓ O A QUIEN SE INFORMÓ EL ACCIDENTE

Nombre del Policía		Apellidos del Policía		Núm. de Placa	
Cuartel	Núm. de Querrela	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.		

Describe 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.		

Describe 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 pruebe 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