

Enviar a: [micclaims@multinationalpr.com](mailto:micclaims@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: <input type="radio"/> AM <input type="radio"/> PM		Lugar	Codificación (Uso Asegurador)
Carretera	Kilómetro	Barrio	Municipio		Núm. de Vehículos involucrados

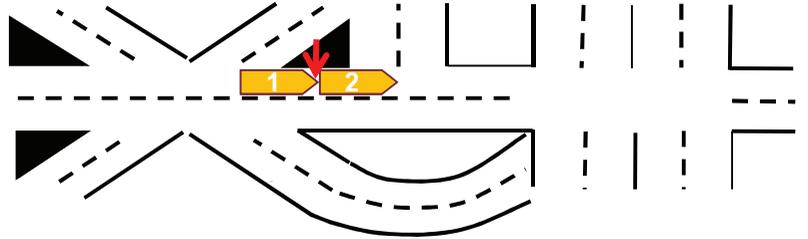
### DATOS DEL POLICÍA QUE INVESTIGÓ O A QUIEN SE INFORMÓ EL ACCIDENTE

Nombre del Policía		Apellidos del Policía		Núm. de Placa
Cuartel	Núm. de Querella	El Policía: <input type="radio"/> Estuvo <input type="radio"/> NO Estuvo / presente en la escena del accidente.		

### DIAGRAMA DEL ACCIDENTE

#### INSTRUCCIONES:

Represente el accidente utilizando figuras como las que se muestran al lado 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 lado.)



### DATOS VEHÍCULO 1

Nombre del Dueño		Apellidos		Edad	Sexo	Licencia Núm.	Estado que Emite la Lic. si no es P.R.:	
Dirección							Pueblo	Código Postal
Email	Teléfono de Contacto	Nombre de la Compañía de Seguros que lo cubre:					Póliza Núm.	
		<b>MULTINATIONAL INSURANCE COMPANY</b>						
Nombre del Conductor		Apellidos		Edad	Sexo	Licencia Núm.	Estado que Emite la Lic. si no es P.R.:	
Dirección							Pueblo	Código Postal
Email de contacto	Teléfono 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.:	
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.:	
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. "Cualquier persona que a sabiendas y que con la intención de defraudar presente información falsa en una solicitud de seguro o, que presentare, ayudare o hiciere presentar una reclamación fraudulenta para el pago de una pérdida u otro beneficio, o presentare más de una reclamación por un mismo daño o pérdida, incurrirá en delito grave y convicto que fuere, será sancionado, por cada violación con pena de multa no menor de cinco mil (5,000) dólares, ni mayor de diez mil (10,000) dólares o pena de reclusión por un término fijo de tres (3) años, o ambas penas. De mediar circunstancias agravantes, la pena fija establecida podrá ser aumentada hasta un máximo de cinco (5) años; de mediar circunstancias atenuantes, podrá ser reducida hasta un mínimo de dos (2) años."

Firma Dueño Vehículo 1

Fecha

Firma Dueño Vehículo 2

Fecha