

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:			

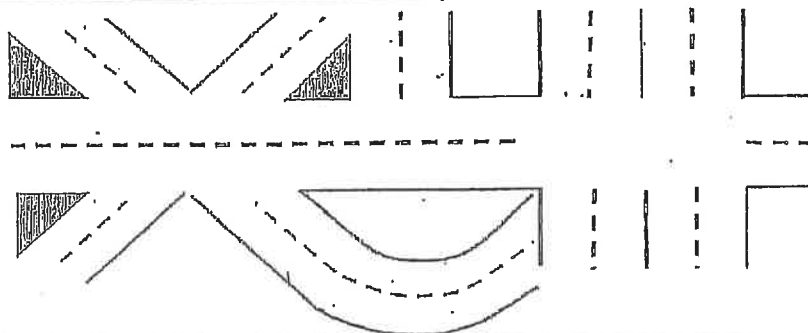
DATOS DEL POLICIA QUE INVESTIGÓ O A QUIÉN SE INFORMÓ EL ACCIDENTE

Nombre del Policía:	Apellidos del Policía:	Número de Placa:
Cuartel:	Número 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 VEHICULO 1

Nombre del Dueño:	Apellidos del Dueño:	Edad:	Sexo:	Número Licencia:	Estado que Emite la Lic. si no es P.R.:
Número de Seguro Social:	Dirección:	Pueblo:			Código Postal:
Teléfono Residencia:	Teléfono Trabajo:	Nombre de la Compañía de Seguros que lo Cubre:			Número de Póliza:
Nombre del Conductor:	Apellidos del Conductor:	Edad:	Sexo:	Número Licencia:	Estado que Emite la Lic. si no es P.R.:
Número de Seguro Social:	Dirección:	Pueblo:			Código Postal:
Teléfono Residencia:	Teléfono Trabajo:	Fecha Pago Marbete:	Fecha Vencimiento Marbete:	Casa Financiadora o Arrendador:	
Marca:	Modelo:	Año:	Color:	Número de Tablilla:	Millaje:
Número de Motor o Serie (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

Nombre del Dueño:	Apellidos del Dueño:	Edad:	Sexo:	Número Licencia:	Estado que Emite la Lic. si no es P.R.:
Número de Seguro Social:	Dirección:	Pueblo:			Código Postal:
Teléfono Residencia:	Teléfono Trabajo:	Nombre de la Compañía de Seguros que lo Cubre:			Número de la Póliza:
Nombre del Conductor:	Apellidos del Conductor:	Edad:	Sexo:	Número Licencia:	Estado que Emite la Lic. si no es P.R.:
Número de Seguro Social:	Dirección:	Pueblo:			Código Postal:
Teléfono Residencia:	Teléfono Trabajo:	Fecha Pago Marbete:	Fecha Vencimiento Marbete:	Casa Financiadora o Arrendador:	
Marca:	Modelo:	Año:	Color:	Número de Tablilla:	Millaje:
Número de Motor o Serie (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 discute 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