

Información del Asegurado

Contratante de la Póliza:			
Dirección:		Teléfonos:	
Número de Póliza:	Certificado:	E-mail:	
Coberturas:	Valor Asegurado:	Deducible:	

Descripción del Vehículo Asegurado

Nombre del propietario del vehículo asegurado:			
Marca:	Línea:	Modelo:	Placa:
Chasis:		Motor:	
Color:	Daños que presenta el vehículo: (ver reverso)		

Información del Conductor

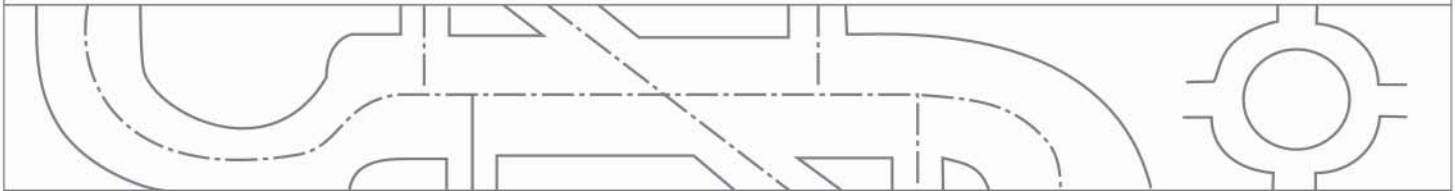
Nombre:			
Dirección:			
Fecha de Nacimiento:	Edad:	Teléfono:	
Número de Licencia:	Tipo:	Vence:	Fecha de Emisión:

Información del Accidente

Fecha:	Hora:	Velocidad:
Lugar del accidente:		
¿Cómo sucedió el accidente?:		

¿ A su criterio quién fue el culpable? **IMPORTANTE:**

¿Qué Autoridad o Juzgado de Tránsito tomó nota ?



Información de Terceros Afectados o Terceros Culpables

Nombre del Propietario:			
Dirección del Propietario:			
Nombre del PILOTO:	Culpable SI o NO:	Cédula / DPI:	
Dirección del Piloto Responsable:			
Fecha de Nacimiento:	Edad:	Teléfono:	
Número de Licencia:	Tipo:	Teléfono:	Fecha de Emisión:

EN CASO DE SER CULPABLE EL TERCERO ES IMPORTANTE LLENAR LA SIGUIENTE INFORMACIÓN QUE DEBERÁ SER CONFIRMADA POR LA EMPRESA DE ASISTENCIA

Nombre, dirección y teléfono de la empresa en donde trabaja:			
Nombre y teléfono de un familiar que no viva con él:			
Dirección de algún familiar:			

Descripción del Vehículo del Tercero

Marca:	Línea:	Modelo:	Placa:
Chasis:		Motor:	
Color:	Daños que presenta el vehículo: (ver reverso)		

Descripción de Daños a la Propiedad Ajena

Información de lesionados ocupantes Vehículo Asegurado

Nombre:	Cédula / DPI:
Dirección:	Teléfono:
Naturaleza de las Lesiones:	Nombre del Médico:
Hospital:	

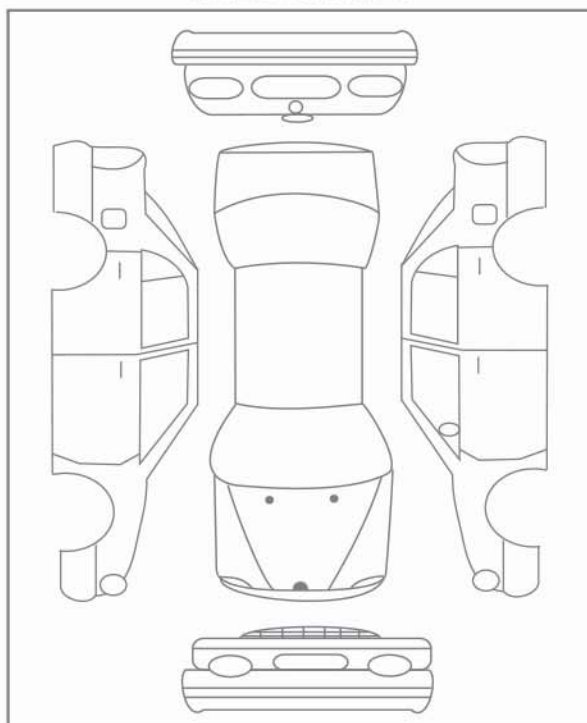
Información de lesionados ocupantes Vehículo Tercero

Nombre:	Cédula / DPI:
Dirección:	Teléfono:
Naturaleza de las Lesiones:	Nombre del Médico:
Hospital:	

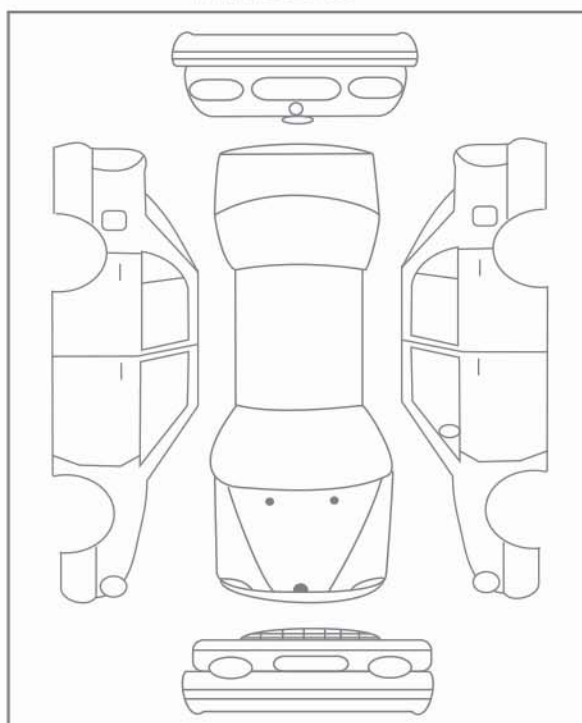
NOTA: Protesto haber asentado fielmente todos los datos relativos al accidente y a mi reclamación y estar dispuesto a facilitar los informes que MAPFRE | SEGUROS GUATEMALA, S.A. pudiera pedirme con respecto al siniestro y/o a la indemnización. Hago constar que ninguno de los términos, condiciones y estipulaciones de la póliza han sido violados por cualquier acto mío, ni por acción de cualquier otra persona con mi consentimiento. Me comprometo a no aceptar ninguna responsabilidad sin el consentimiento por escrito de la Compañía y a enviar directamente a MAPFRE | SEGUROS GUATEMALA, S.A., cualquier notificación o reclamación que reciba en relación con este accidente.

**PARA USO DE LA COMPAÑIA ASEGURADORA
DESCRIPCION GRAFICA DE DAÑOS**

ASEGURADO



TERCERO



El vehículo después del accidente fue trasladado a

Taller: _____
 Por medio de: _____

DESCRIPCION DE DAÑOS

Nombre piloto asegurado: _____

Cédula / DPI: _____

NOTA: protesto haber asentado todos los datos arriba indicados con respecto a la descripción de los daños, mi nombre y apellidos completos, cédula y/o DPI.

Firma: _____

El vehículo después del accidente fue trasladado a

Taller: _____
 Por medio de: _____

DESCRIPCION DE DAÑOS

Nombre piloto tercero: _____

Cédula / DPI: _____

NOTA: protesto haber asentado todos los datos arriba indicados con respecto a la descripción de los daños, mi nombre y apellidos completos, cédula y/o DPI.

Firma: _____

Asesoría Legal

Nombre del Abogado que asistió: _____

Documentos que realizó: _____

Observaciones: _____

ENCUESTA DE ATENCION DE EMERGENCIA

Cómo considera que fue la comunicación con la aseguradora Muy Fácil <input type="checkbox"/> Fácil <input type="checkbox"/> Difícil <input type="checkbox"/> Muy Difícil <input type="checkbox"/>	El apoyo en general otorgado por el ajustador para resolver el accidente fue Muy Bueno <input type="checkbox"/> Bueno <input type="checkbox"/> Malo <input type="checkbox"/> Muy Malo <input type="checkbox"/>
El tiempo del contacto del ajustador, considerando la distancia y el tráfico fue Menos de 30 Minutos <input type="checkbox"/> Más de 30 Minutos <input type="checkbox"/>	Recomendaría el servicio que el ajustador le brindó Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Como considera el servicio prestado por el ajustador Muy Bueno <input type="checkbox"/> Bueno <input type="checkbox"/> Malo <input type="checkbox"/> Muy Malo <input type="checkbox"/>	En caso de haber requerido Asesoría Legal, como considera el servicio prestado por el Abogado Muy Bueno <input type="checkbox"/> Bueno <input type="checkbox"/> Malo <input type="checkbox"/> Muy Malo <input type="checkbox"/>
La información que recibió acerca de los pasos para continuar su reclamo fue Clara y Completa <input type="checkbox"/> Completa <input type="checkbox"/> Suficiente <input type="checkbox"/> Insuficiente <input type="checkbox"/>	En caso de haber requerido servicio de Grúa, como considera el servicio prestado Muy Bueno <input type="checkbox"/> Bueno <input type="checkbox"/> Malo <input type="checkbox"/> Muy Malo <input type="checkbox"/>
Le entregaron información sobre la Red de Talleres Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Al lugar del Accidente llegó panel de asistencia de la Aseguradora Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>

Observaciones Adicionales (agradeceremos cualquier comentario adicional el cual será útil para mejorar nuestro servicio)

Nombre: _____	Su # de Teléfono es _____
Nombre del ajustador: _____	Firma Asegurado _____