

**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**

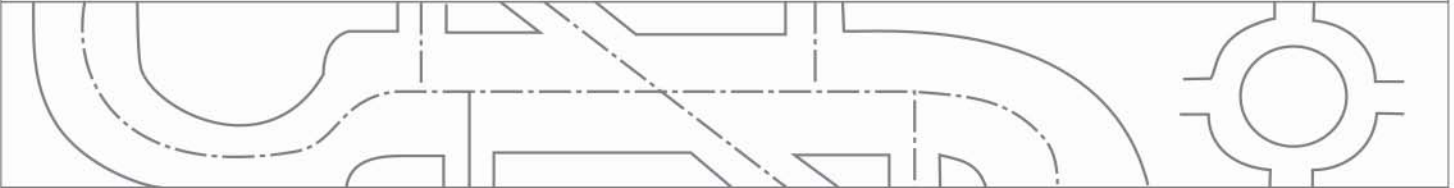
Nombre:			
Dirección:			
Fecha de Nacimiento:	Edad:	Teléfono:	
Número de Licencia:	Tipo:	Vence:	Fecha de Emisión:

**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:	

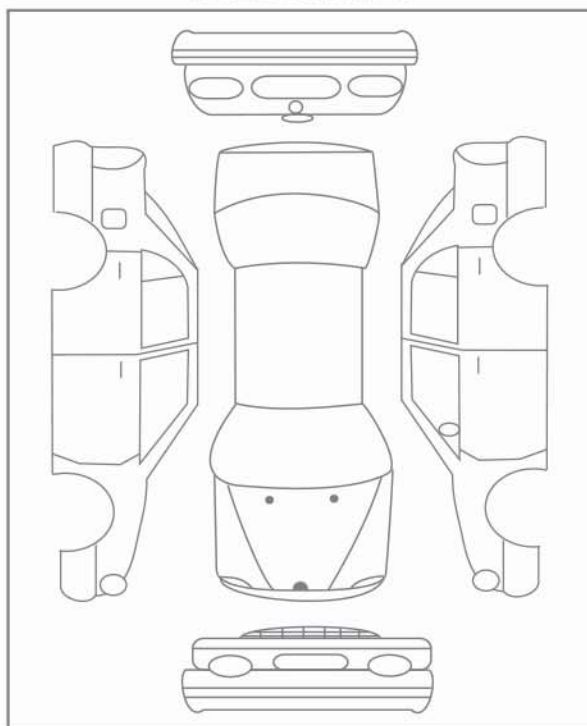
**Información de lesionados ocupantes Vehículo Tercero**

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

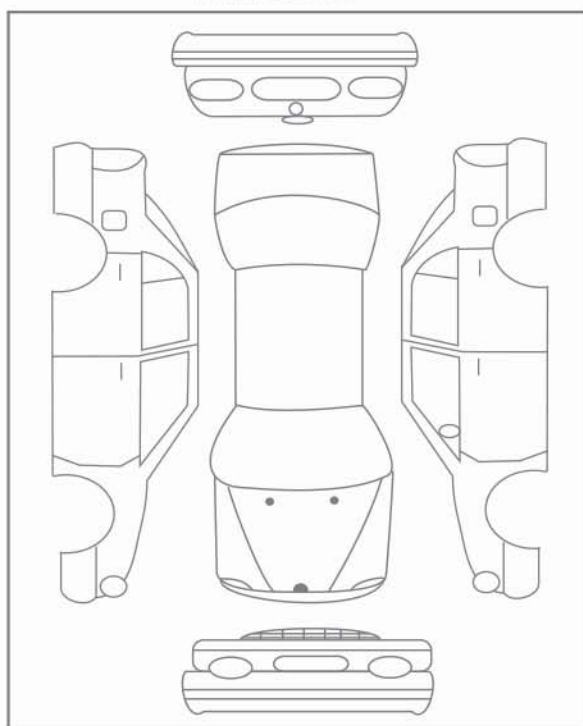
**NOTA:** Protesto haber asentado fielmente todos los datos relativos al accidente y a mi reclamación y estar dispuesto a facilitar los informes que MAPFRE | SEGUROS GUATEMALA, S.A. pudiera pedirme con respecto al siniestro y/o a la indemnización. Hago constar que ninguno de los términos, condiciones 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 Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Al lugar del Accidente llegó panel de asistencia de la Aseguradora Si <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 _____