



SEGUROS DEL PACIFICO, S.A.

1a Calle Poniente No. 3649, Col. Escalón, San Salvador, El Salvador, C.A. Apdo. 05-51
Fax: (503) 2283-0802, 283-0803 Tels: 2283-0800, 2283-0806, 2283-0805,
2283-0807, 2283-0809, 2283-0811, 2283-0812

REPORTE DE ACCIDENTE DE AUTOMOVIL

“TODAS LAS PREGUNTAS DE ESTE INFORME DEBEN CONTESTARSE”

(1) Nombre del Asegurado: _____ Teléfono: _____

(3) Dirección: _____

(3) Póliza No.: _____

EL AUTOMOVIL ASEGURADO

(4) Marca: _____ (5) Modelo: _____ (6) Motor No.: _____ (7) Placa No.: _____

(8) ¿Para qué se estaba usando en el momento del accidente? _____

EL CONDUCTOR

(9) Nombre de la persona que manejaba el automóvil en el momento del accidente: _____

(10) Dirección: _____

(11) Si manejaba otra persona que no sea el Asegurado, indique quien la autorizó: _____

(12) ¿Qué relaciones tiene con el asegurado? _____

(13) Edad y fecha de nacimiento: a) _____ y b) _____

(14) Indique el número de licencia y fecha de vencimiento a) _____ b) _____

(15) Clase de licencia: _____

EL ACCIDENTE

(16) Fecha de accidente: _____ (17) Hora: _____

(18) ¿En qué dirección iba el vehículo asegurado? _____ (19) Velocidad: _____

(20) Lugar donde ocurrió el accidente: _____ (21) ¿Estaba tocando la bocina?: _____

(22) ¿En qué lado de la calle? _____ (23) ¿Tenía las luces encendidas?: _____

(24) En caso de colisión con otro vehículo. ¿En qué dirección iba este último? _____

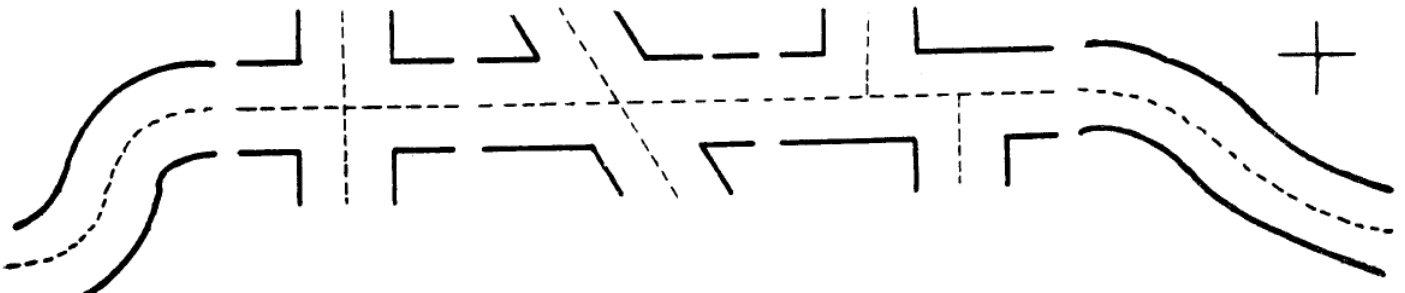
(25) ¿En qué lado de la calle? _____ ¿Fue usted responsable del accidente? _____

¿Tomó nota la policía? _____ (26) ¿A qué velocidad? _____

(27) ¿Quién manejaba el otro vehículo? _____ (28) ¿Estaba el pavimento mojado? _____

(29) ¿Era clara la visibilidad? _____

(30) Describa el accidente en detalle y haga un diseño a continuación poniendo lo que usted crea que ayudará a que se comprenda con facilidad la causa del accidente: _____





TESTIGOS (Importante)

Nombres y direcciones

Teléfono

**¿Dónde estaba cuando
ocurrió el accidente?**

(31) _____
(32) _____
(33) _____
(34) _____

DAÑOS AL AUTOMOVIL ASEGURADO

(35) Descripción de los daños: _____

(36) ¿Dónde está el carro ahora?: _____

DAÑOS A LA PROPIEDAD DE OTROS

(37) Nombre del propietario: _____ Teléfono: _____
(38) Dirección: _____
(39) Si es automóvil, dé el número de la placa: _____ (40) Marca: _____ (41) Tipo: _____
(42) Descripción de los daños: _____
Si además se produjeron otros daños a la propiedad de otras personas, dé los datos en hoja aparte: _____

LESIONES A PERSONAS

(43) Nombre de la persona lesionada: _____
(44) Dirección: _____ (45) Ocupación: _____
(46) Naturaleza de las lesiones: _____
(47) ¿Qué relaciones tiene con el asegurado?: _____
(48) ¿Dónde fue llevado después del accidente?: _____
(49) Nombre del Doctor que lo atendió: _____
(50) Dirección: _____
(51) ¿En qué lugar estaba la persona cuando se produjo el accidente?: _____
Si hay más de un lesionado, deben darse los datos aquí solicitados, en relación con cada uno de ellos por separados en una hoja aparte.

Fecha

Firma del Asegurado