



# 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? \_\_\_\_\_

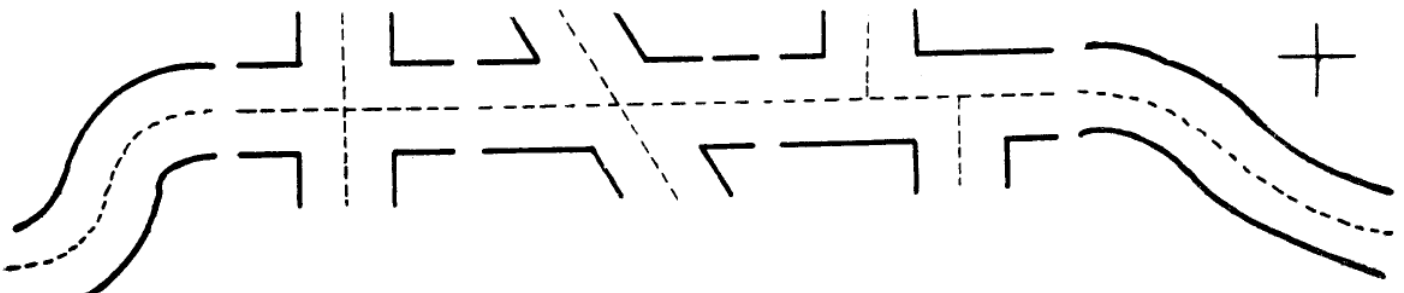
¿Tomó nota la policía? \_\_\_\_\_ (26) ¿A qué velocidad? \_\_\_\_\_

(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