

# REPORTE DE SINIESTRO

## DATOS GENERALES

Póliza N°:  Vigencia:

Corredor:

Límites: A  B  C  D  E

Otros:

Acreedor Hipotecario:

Asegurado:  Cel.:

Dirección:  Tel.:

Fecha y Hora del Accidente:

Lugar:

Se hizo reporte policivo? Sí  No  Fecha y Lugar de la Cita

N°. de Boleta:

## AUTOMÓVIL ASEGURADO

Año:  Marca:  Modelo:  Placa:

Motor:

Nombre del conductor:  Edad:  Licencia:

Uso del Vehículo al momento del Accidente:

Donde puede ser inspeccionado:

Si es Robo, (especifique propiedad robada)  Colisión:  Comprensivo

## DAÑOS A LA PROPIEDAD AJENA (RECLAMANTE)

Nombre del Conductor:  Tel.:

Dueño:  Cel.:

Año:  Marca:  Modelo:  Placa:

Dirección:

Tienen Seguro: Sí  No

Nombre de la Compañía:  Póliza N°.:

## PERSONAS LESIONADAS

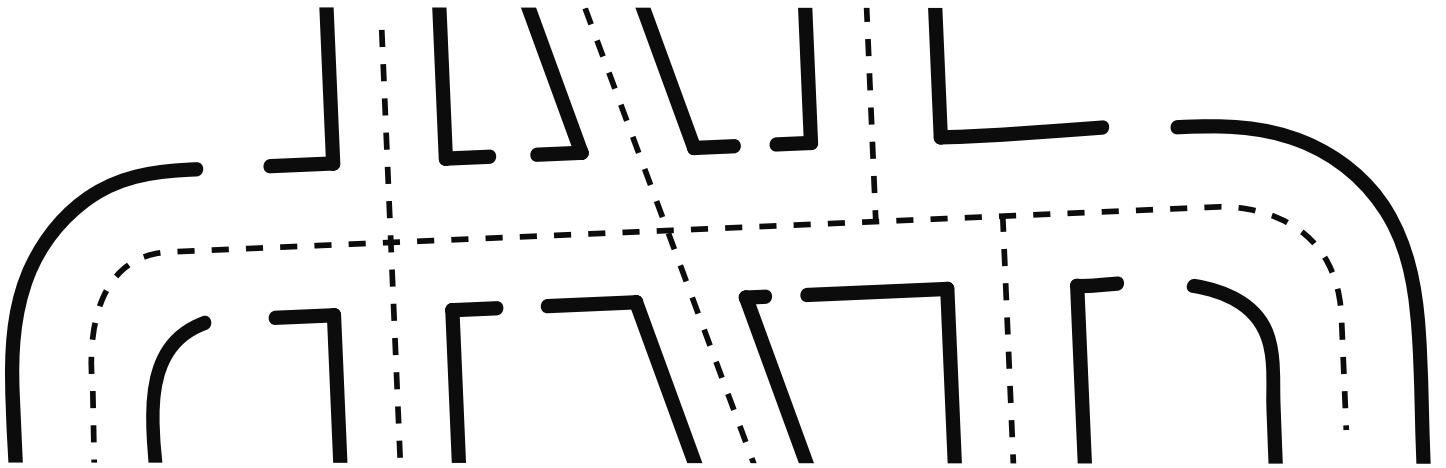
Nombre	Edad	Veh. Aseg.	Otro Veh.	Peatón	Heridas
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

## DESCRIPCIÓN DEL ACCIDENTE

## REPORTE DE SINIESTRO


Complete el siguiente diagrama mostrando la dirección y las posiciones de los automóviles implicados indicando claramente el punto de contacto.


MARQUE EL NORTE N CON UNA FLECHA →

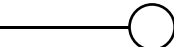



1. Use una línea sólida para mostrar la dirección del vehículo antes del accidente →

2. Use una línea de puntos después del accidente - - - →

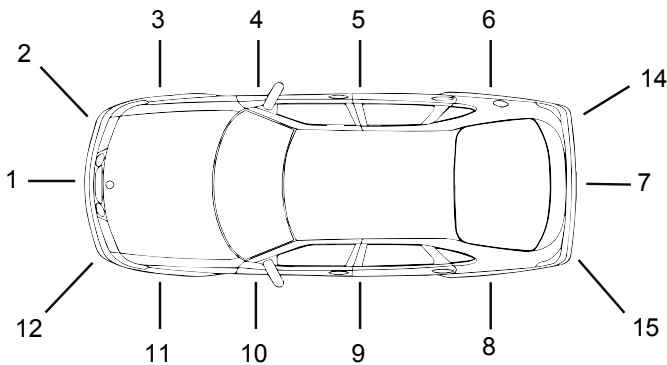
3. Numere cada vehículo y muestre la dirección que llevaba 

4. Muestre las motocicletas en esta forma 

5. Muestre los peatones de esta forma 

6. Muestre los ferrocarriles en esta forma 

## INDIQUE CON NUMEROS LOS DAÑOS DE LOS VEHICULOS



1-	1	2	3	4	5	6	7	8
	9	10	11	12	13	14	15	
2-	1	2	3	4	5	6	7	8
	9	10	11	12	13	14	15	

## ENCUESTRA DE ATENCIÓN

¿Nuestro Inspector de Fedpa Asistencia lo atendió?

Si  No

¿Fue notificado sobre los procedimientos a seguir en caso de accidente?

Si  No

Califique el servicio de Asistencia Recibido	Excelente	Bueno	Regular	Malo
Atención en su llamada				
Tiempo de Respuesta al lugar del Accidente				
Atención de nuestro Inspector en el lugar del accidente				

Fecha

Firma del Asegurado o Conductor