

Reclamo	
Asistencia	

Información del Asegurado

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

Descripción del Vehículo Asegurado

Nombre del propietario del vehículo asegurado:	Modelo:	No. de Placa:
Marca:	Linea:	
Chasis:	Motor:	
Color:	Daños que presenta el vehículo. (ver reverso)	

Información del Conductor

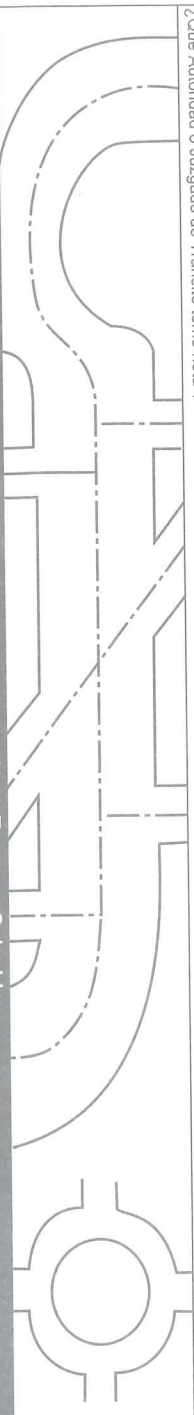
Nombre:			
Dirección:	Edad:	Teléfono:	
Fecha de Nacimiento:	Tipo:	Vence:	Fecha de Emisión:
Número de Licencia:			

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:	Culpable SI o NO:	DPI:
Nombre del Piloto:		
Dirección del Piloto Responsable:	Edad:	Teléfono:
Fecha de Nacimiento:	Tipo:	Fecha de Emisión:
Número de Licencia:		
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:	Linea:	Modelo:	No. de 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:	DPI:	
Dirección:	Teléfono:	
Naturaleza de las Lesiones:	Nombre del Médico:	
Hospital:		

Información de lesionados ocupantes Vehículo Tercero

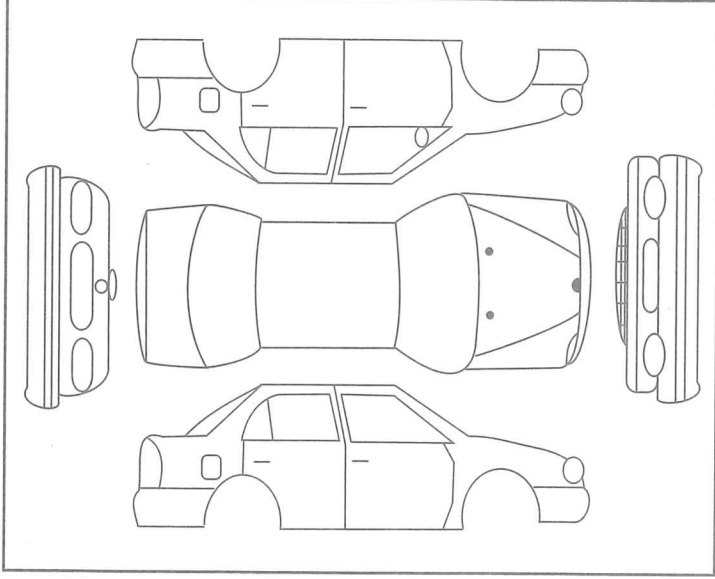
Nombre:	DPI:	
Dirección:	Teléfono:	
Naturaleza de las Lesiones:	Nombre del Médico:	
Hospital:		

NOTA: Protesio 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.

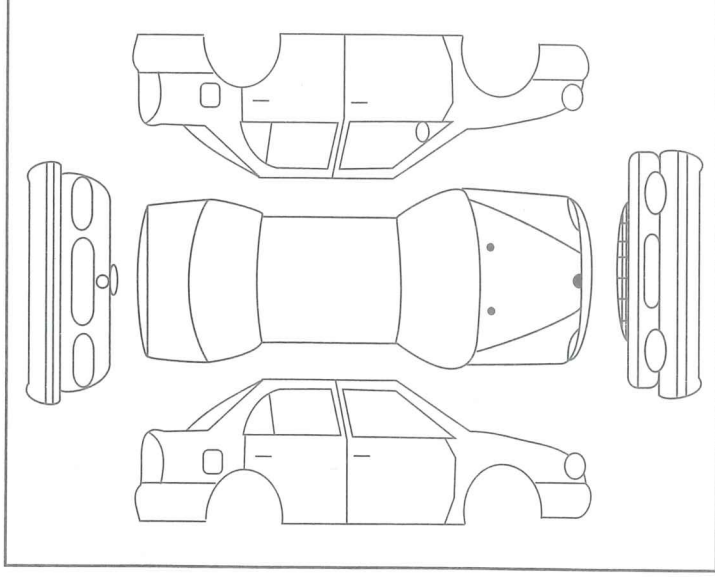
Ciudad: _____ Fecha: _____ Firma: _____

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:

DPI: _____

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

Firma: _____

Asesoría Legal

Nombre del Abogado que asistió: _____

Documentos que realizó: _____

Observaciones: _____

El vehículo después del accidente fue trasladado a

Taller: _____
Por medio de: _____

DESCRIPCION DE DAÑOS

Nombre piloto tercero:

DPI: _____

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

Firma: _____

ENCUESTA DE ATENCION DE EMERGENCIA

El apoyo en general otorgado por el ajustador para resolver el accidente fue

Muy Fácil Fácil Dificil Muy Dificil Muy Bueno Bueno Malo Muy Malo

El tiempo del contacto del ajustador, considerando la distancia y el tráfico fue

Menos de 30 Minutos Más de 30 Minutos

Recomendaría el servicio que el ajustador le brindó

Si No

En caso de haber requerido Asesoría Legal, como considera el servicio prestado por el Abogado

Muy Bueno Bueno Malo Muy Malo

En caso de haber requerido servicio de Grúa, como considera el servicio prestado

Muy Bueno Bueno Malo Muy Malo

Al lugar del Accidente llegó panel de asistencia de la Aseguradora

Si No

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

Nombre: _____

Nombre del ajustador: _____

Su No. de Teléfono es _____

Firma Asegurado _____