

En caso de Accidente

Seguros Múltiples
te guía a
conservar la calma

Nuestra guía para conservar la calma



¿QUÉ HACER EN CASO DE UN ACCIDENTE?

Puede ocurrir en cualquier momento. Cuando menos te lo esperas, puedes tener un accidente automovilístico, lo que a su vez te puede provocar mucha ansiedad.

Si eso te ocurriera, te sugerimos que sigas las siguientes recomendaciones:

- Trata de calmarte.
- Asegúrate de que estás bien. Luego verifica que nadie esté herido. Si hay alguien herido, llama al 911 para solicitar ayuda de emergencia.
- Mueve tu automóvil sólo si está ubicado en un lugar peligroso. Si no puedes moverlo, sal del auto con cuidado.
- Llama a la Policía.
- Ofrece únicamente los datos que solicite la policía u otras personas involucradas en el accidente. No llegues a acuerdos de compensación sin consultar a un Representante de la Cooperativa de Seguros Múltiples.
- Obtén el nombre, dirección, número de teléfono y número de licencia de conductor y ocupantes de los autos accidentados, de toda persona lesionada y de los testigos en el lugar del accidente. Recuerda anotar el número de tablilla de los autos accidentados.
- Solicita al oficial de la Policía el número de querrela.
- Para tu conveniencia, incluimos en este folleto un Informe Amistoso de Accidente. Es necesario llenar este documento para procesar la reclamación.

- Retira cualquier propiedad de valor y los documentos de tu automóvil antes de que la grúa lo remolque.
- Tú tienes derecho a seleccionar el taller de reparación para tu auto. Sin embargo, si seleccionas uno de los talleres participantes de la red de la Cooperativa de Seguro Múltiples, puedes recibir una evaluación de daños y un estimado completamente gratis. Además el respaldo absoluto de la Cooperativa de Seguros Múltiples te garantiza la rapidez y reparación de tu auto.
- Si necesitas notificar una reclamación o para obtener mayor información visita cualquiera de nuestras sucursales. También puedes llamar a **Teleseguros Múltiples al (787) 758-0101 (Metro) o al 1-800-758-0101 (Isla)**, servicio personalizado las 24 horas o visítanos en la Internet en: www.segurosmultiples.coop.



AUTO | RESIDENCIA | NEGOCIO | **787-758-0101**

Sucursales

Oficina Central
787-758-8585

Aguadilla	787-891-8585
Arecibo	787-879-8585
Bayamón	787-288-8585
Caguas	787-653-8585
Carolina	787-620-8585
Cupey	787-754-8585
Hato Rey/ Río Piedras	787-764-8585
Humacao	787-850-8585
Manatí	787-854-8585
Mayagüez	787-805-8585
Ponce	787-259-8585
Teleseguros Múltiples	787-758-0101

www.segurosmultiples.com

La información descrita en este folleto está sujeta a los términos y condiciones, limitaciones y exclusiones del contrato de la póliza.



INFORME AMISTOSO DE ACCIDENTE

DATOS DEL ACCIDENTE

Fecha: (Día-Mes-Año)	Hora: () AM () PM	Lugar:	Codificación: (Uso Asegurador)
Carretera:	Kilómetro:	Barrio:	Municipio:
		Núm. de Vehículos Involucrados:	

DATOS DEL POLICÍA QUE INVESTIGÓ O A QUIÉN SE INFORMÓ EL ACCIDENTE

Nombre del policía:	Apellidos del policía:
Cuartel:	Número de querrela:
El policía: () Estuvo () No estuvo presente en la escena del accidente	
Número de placa:	

DIAGRAMA DEL ACCIDENTE

INSTRUCCIONES
 Represente el accidente utilizando figuras como las que se muestran abajo para identificar los vehículos 1 y 2.
 Use flechas (→↗) para indicar las direcciones en que transitaban. Incluya señales de tránsito y nombre de las calles. Indique con flechas (→↗) el punto de impacto en cada vehículo.



DATOS VEHÍCULO 1

Nombre del dueño:	Apellidos del dueño:	Edad:	Sexo:	Número licencia:	Estado que emite la Lic. si no es PR.:
Número de Seguro Social:	Dirección:	Pueblo:			
Teléfono residencial:	Teléfono trabajo:	Nombre de la Compañía de Seguros que lo cubre:			
Nombre del conductor:	Apellidos del conductor:	Edad:	Sexo:	Número licencia:	Estado que emite la Lic. si no es PR.:
Número de Seguro Social:	Dirección:	Pueblo:			
Teléfono residencial:	Teléfono trabajo:	Fecha Pago Marbete:	Casa financiadora o arrendador:		
Marca:	Modelo:	Año:	Color:	Número de tabilla:	Millaje:
Número de motor o serie (VIN):	Número de registro:	Reclamación Núm.: (Uso asegurador)			

Describa el accidente y los daños sufridos por el vehículo 1, e incluya otros comentarios:

DATOS VEHÍCULO 2

Nombre del dueño:	Apellidos del dueño:	Edad:	Sexo:	Número licencia:	Estado que emite la Lic. si no es PR.:
Número de Seguro Social:	Dirección:	Pueblo:			
Teléfono residencial:	Teléfono trabajo:	Nombre de la Compañía de Seguros que lo cubre:			
Nombre del conductor:	Apellidos del conductor:	Edad:	Sexo:	Número licencia:	Estado que emite la Lic. si no es PR.:
Número de Seguro Social:	Dirección:	Pueblo:			
Teléfono residencial:	Teléfono trabajo:	Fecha Pago Marbete:	Casa financiadora o arrendador:		
Marca:	Modelo:	Año:	Color:	Número de tabilla:	Millaje:
Número de motor o serie (VIN):	Número de registro:	Reclamación Núm.: (Uso asegurador)			

Describa el accidente y los daños sufridos por el vehículo 2, e incluya otros comentarios:

El contenido de este informe no implica reconocimiento de responsabilidad de las partes involucradas en el accidente, sino una correcta recopilación de información que facilitará la tramitación de las reclamaciones que puedan hacerse como resultado de este accidente. No discuta el contenido de este informe excepto con un funcionario, empleado o representante de su asegurador. Cualquier persona que ofrezca, provea o suscriba información falsa o fraudulenta en este informe, o prepare, haga, presente o suscriba una reclamación falsa o fraudulenta, o pruebe en apoyo de la misma, para el pago de una pérdida con arreglo al seguro de responsabilidad obligatorio, estará sujeta a las sanciones administrativas o penales correspondientes, conforme a la Ley Núm. 253 del 27 de diciembre de 1995, según enmendada. Una vez llene este informe debe firmarlo en el espacio provisto para ello. Las firmas de las partes son necesarias para procesar cualquier reclamación que se interese presentar y garantiza que la información provista es correcta y verdadera. Una vez firmado por ambas partes, este informe no debe ser modificado.

Firma dueño vehículo 1

Fecha

Firma dueño vehículo 2

Fecha