



## REPORTE DE ACCIDENTE

Version del asegurado (CONTESTAR TODAS LAS PREGUNTAS-PAGINA 1 Y 2)

No.de Reclamo

### Descripcion de su vehiculo

Marca del Auto \_\_\_\_\_ Ano \_\_\_\_\_ Modelo \_\_\_\_\_ No. de Placa \_\_\_\_\_

Nombre del Dueno \_\_\_\_\_ Edad \_\_\_\_\_ Estado Civil \_\_\_\_\_

Direccion \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Codigo Postal \_\_\_\_\_

Telefono (Casa) \_\_\_\_\_ (Trabajo) \_\_\_\_\_ (Cell.) \_\_\_\_\_

Conductor \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_ Estado Civil \_\_\_\_\_

No. de Lisencia \_\_\_\_\_ Correo Electronico \_\_\_\_\_

Direccion \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Codigo Postal \_\_\_\_\_

Telefono (Casa) \_\_\_\_\_ (Trabajo) \_\_\_\_\_ (Cell.) \_\_\_\_\_

Porque proposito se estaba usando el vehiculo en el momento del accidente? \_\_\_\_\_

Describe los danos a su vehiculo \_\_\_\_\_

Los danos exeden \$500.00 (Circular uno) **S** **N** El Vehiculo se puede conducir (Circular uno) **S** **N**

Si el vehiculo no se puede conducir, donde lo podemos inspeccionar? \_\_\_\_\_

Incluyendo el conductor, cuantos pasajeros ocupaban el vehiculo? \_\_\_\_\_

### Descripcion del otro Vehiculo

Marca del Auto \_\_\_\_\_ Ano \_\_\_\_\_ Modelo \_\_\_\_\_ No. de Placa \_\_\_\_\_

Nombre del Dueno \_\_\_\_\_ Edad \_\_\_\_\_ Estado Civil \_\_\_\_\_

Direccion \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Codigo Postal \_\_\_\_\_

Telefono (Casa) \_\_\_\_\_ (Trabajo) \_\_\_\_\_ (Cell.) \_\_\_\_\_

Describe los danos del otro vehiculo \_\_\_\_\_

Los danos exeden \$500.00 (Circular uno) **S** **N** El Vehiculo se puede conducir (Circular uno) **S** **N**

Nombre, Numero de reclamo o numero de poliza de la otra compania \_\_\_\_\_

Incluyendo el conductor, cuantos pasajeros ocupaban el vehiculo? \_\_\_\_\_

### Hora, Lugar y Detalles del Accidente

Fecha del Accidente \_\_\_\_\_ Ano \_\_\_\_\_ Hora \_\_\_\_\_ : \_\_\_\_\_ AM PM , Dia o Noche? \_\_\_\_\_

Lugar Exacto \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_

Tipo de Calle \_\_\_\_\_ Seco o Mojado? \_\_\_\_\_ Condicion del Tiempo \_\_\_\_\_

Direccion en la que Viajaba \_\_\_\_\_ En que Calle? \_\_\_\_\_

Direccion en que el otro Vehiculo viajaba \_\_\_\_\_ En que Calle? \_\_\_\_\_



Tenia usted un alto o senal de trafico? \_\_\_\_\_ La otra Persona \_\_\_\_\_

Desobedecio usted el alto o senal de trafico? \_\_\_\_\_ La otra Persona \_\_\_\_\_

Cual vehiculo cruzo la interseccion primero? \_\_\_\_\_

Que senal utilizo usted para virar? \_\_\_\_\_

Habia usted ingerido (Cerveza, Vino, Licor, etc.)? \_\_\_\_\_ La otra Persona? \_\_\_\_\_

Tuvo usted alguna violacion de transito? \_\_\_\_\_ La otra Persona? \_\_\_\_\_

Que Violaciones? \_\_\_\_\_

Acepto usted culpa o responsabilidad por el Accidente? \_\_\_\_\_ La otra Persona? \_\_\_\_\_

Fue el accidente reportado a la Policia? (Circular uno) **S N** Cual departamento de Policia (Ciudad) \_\_\_\_\_

No. de reporte de Policia \_\_\_\_\_ Reportado en la estacion o lugar de los Hechos? \_\_\_\_\_

Favor Listar todos los testigos que no eran pasajeros en ninguno de los vehiculos involucrados:

Nombre	Edad	Direccion	No. Telefonico
_____	_____	_____	_____

**Danos Corporales**

Alguien Herido (Favor marcar SI o NO \_\_\_\_\_) Si la respuesta es Si, por favor liste los Nombres, Edad, Sexo y Direccion de las personas heridas en el accidente:

Nombre	Edad	Sexo	Direccion	Tipo de Heridas	En Cual Veh.
Heridos Transportados a: _____					
Doctor _____ Direccion _____					

**Otro Seguro**

Tiene seguro de Colision | Danos a Terceros | Hospitalizacion | Gastos Medicos?

Si tiene estos seguros, por favor proveer los nombres de las companias y los limites: \_\_\_\_\_

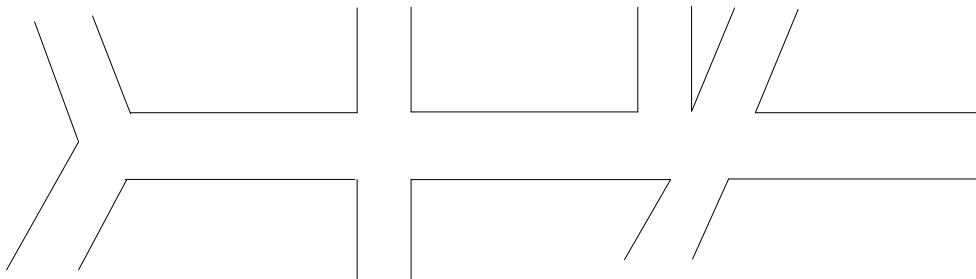
No. de Poliza o Reclamo: \_\_\_\_\_

**SI NECESITA MAS ESPACIO, POR FAVOR ADJUNTE OTRA HOJA DE PAPEL**

**IMPORTANTE:** Describa en sus propias palabras como fue que ocurrio el accident:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Por favor indique el el diagrama los nombres de las Calles, Direccion en la que viajaban y lugar de los objetos afectados, tanto como las senales de transito. Marque su vehiculo con una **A** y el otro vehiculo con una **B**, mostrando los puntos de impacto, y en donde los vehiculos llegaron a su descanso despues del percance. Tambien indique cualquier otra informacion pertinente. Indique la direccion Norte con una flecha.



\_\_\_\_\_  
Firma

\_\_\_\_\_  
Fecha