



FORMULARIO DE REPORTE DE ACCIDENTE

FAVOR DE CONTESTAR TODAS LAS PREGUNTAS

PROVEER TODA INFORMACION POSIBLE

ASEGURADO	NUMERO DE TELEFONO	NUMERO DE POLIZA	NUMERO DE RECLAMO

SU VEHICULO: Marca/Modelo del auto _____ Año _____ Placa# _____
 Dueño _____ Fecha de nacimiento _____ Numero de Identificación _____
 Dirección _____ Ciudad _____ Estado _____
 Conductor (si es diferente al dueño) _____ Fecha de nacimiento _____ Relación al dueño _____
 Dirección _____ Ciudad _____ Estado _____
 Numero de Licencia: Dueño _____ (Estado) _____ Conductor _____ (Estado) _____
 ¿Para que propósito se utilizara el auto cuando ocurrió el accidente?(especifique) _____

Describe los daños al auto _____

Actual lugar de su auto _____
 Estimado de reparos \$ _____ (favor de proveer una copia) ¿Está su auto financiado? _____ Nombre de la Financiera _____
 ¿Hubo algún herido? No Sí Si la contesta es sí, por favor de completar la sección de Daños Corporales en la parte de atrás.
 Números de ocupantes en su auto (incluir al conductor) _____

OTRO VEHICULO: Marca/Modelo del auto _____ Año _____ Placa# _____
 Dueño _____ Dirección _____ Tel.# _____
 Conductor _____ Fecha de nacimiento _____ Numero de Licencia. _____ Tel.# _____
 Dirección del conductor _____ Ciudad _____ Estado _____
 Describe los daños al auto: _____

¿Tienen seguro de auto? No Sí Nombre de la Compañía _____

HORA, LUGAR, Y HECHOS: Fecha del accidente ___ / ___ / ___ Hora _____: _____ A.M. P.M. Plena Luz ó Oscuro? _____
 Lugar del accidente _____ Ciudad _____ Estado _____

¿Estaba la vista bloqueada? No Sí Si la contesta es sí, indique como _____
 Tipo de Carretera _____ Mojada ó Seca _____ Tiempo _____
 Su rumbo _____ en que calle _____ El rumbo de El/Ella _____ en que calle _____
 ¿Cuál era su velocidad cuando vio el otro auto? _____ ¿La otra persona? _____
 Cuándo el choque ocurrió, ¿cuál era su velocidad? _____ ¿La otra persona? _____
 ¿Dónde se encontraba usted cuando vio la otra persona por primera vez? _____
 ¿Dónde estaba la otra persona cuando usted la vio a el/ella por primera vez? _____
 ¿Cuál vehículo entra a la intersección primero? _____
 ¿Tenía usted un semáforo ó señal de alto? _____ ¿La otra persona? _____
 ¿Usted fallo de observar el semáforo ó señal de alto? _____ ¿La otra persona? _____
 ¿Que señales dio usted? _____ ¿La otra persona? _____
 ¿Que luces tenia el auto prendido? _____ ¿La otra persona? _____
 ¿Había usted tomado alcohol? _____ ¿La otra persona? _____
 ¿Había usted tomado alguna medicina prescrita? _____ Si la contesta es sí, favor de indicar _____
 ¿Había usted tomado alguna sustancia ilegal? _____ Si la contesta es sí, favor de indicar _____
 ¿Fue usted multado(a) por alguna violación de trafico? _____ Si la contesta es sí, favor de indicar que violación(es): _____
 ¿Fue la otra persona multado(a) _____ Si la contesta es sí, favor de indicar que violación(es) _____
 ¿Usted admitió culpa por el accidente? _____ ¿La otra persona? _____
 ¿Fue el accidente reportado a la policía? _____ Si la contesta es sí, indique en que ciudad esta la estación localizada _____
 ¿Se dijo algo sobre la responsabilidad del accidente? _____ Si la contesta es sí, favor de indicar Que, Cuando, y por Quien _____

APARTE DEL CONDUCTOR, FAVOR DE INDICAR TODOS LOS PASAJEROS EN SU AUTOMOBIL:

Nombre _____ Edad _____ Dirección _____ Teléfono _____

APARTE DEL CONDUCTOR, FAVOR DE INDICAR TODOS LOS PASAJEROS EN EL OTRO AUTOMOBIL:

Nombre _____ Edad _____ Dirección _____ Teléfono _____

APARTE DE TODOS LOS PASAJEROS YA MENSIONADOS, FAVOR DE INDICAR TODOS LOS TESTIGOS DEL ACCIDENTE:

Nombre _____ Edad _____ Dirección _____ Teléfono _____

DAÑOS CORPORALES: Indique todas las personas heridas por causa del accidente:

Nombre _____ Edad _____ Sexo _____ Dirección _____ Teléfono _____

Describe las heridas: _____

Lugar trasladados: _____ Doctor: _____ Dirección: _____

Nombre _____ Edad _____ Sexo _____ Dirección _____ Teléfono _____

Describe las heridas: _____

Lugar trasladados: _____ Doctor: _____ Dirección: _____

OTRO SEGURO: Tiene usted cobertura para Choque, Responsabilidad, Hospitalización, o Cuenta De Doctor? No Sí

Si la contesta es sí, favor de indicar las Compañías y coberturas: _____

IMPORTANTE: **Describe en sus propias palabras cómo ocurrió el accidente.**

Favor de hacer un diagrama de las calles, dirección, localidad de objetos, como señales de tráfico ó de paro. Marque su automóvil con la letra "A", y el otro auto con la letra "B" demostrando el punto de impacto y donde los vehículos pararon después del impacto. Añada alguna información importante.

AVISO DE FRAUDE: Cualquiera persona que con complicidad y con intento a habitar, defraudar ó engañar a cualquier asegurador presenta una declaración de reclamo ó una aplicación conteniendo cualquier falsedad, incompleta, ó información engañosa es culpable de delito en tercer grado.

Yo juro que la información contenida en esta declaración es completa, verídica y correcta bajo penalidad de perjurio.

Firmada este _____ día de _____, 20____ Ciudad _____ Estado _____

Firma del Conductor _____

SI NECESITA MAS ESPACIO PARA ESCRIBIR, USE PAPEL ADICIONAL Y JUNTAR CON ESTA FORMA.