

# Informe de Accidente

(Que no sea de automóvil)

Franklin D. Roosevelt Avenue  
Corner. Ensenada  
PO Box 70128  
San Juan, PR 00936-8128  
(787)781-0707



Favor de llenar este formulario en detalle

En caso de Lesionados, Llame Inmediatamente al Depto. De Reclamaciones

## Asegurado

Nombre \_\_\_\_\_  
Dirección (Residencia) \_\_\_\_\_ Tel. (Res.) \_\_\_\_\_  
Dirección (Negocio) \_\_\_\_\_ Tel. (Neg.) \_\_\_\_\_

## Información De Cubierta

Agente \_\_\_\_\_ Número de Póliza \_\_\_\_\_ Fecha de Póliza \_\_\_\_\_  
Límites B.I. \_\_\_\_\_ P.D. \_\_\_\_\_ Gastos Médicos \_\_\_\_\_  
Elevador \_\_\_\_\_ Productos \_\_\_\_\_ Contractual \_\_\_\_\_  
Otros (especifique) \_\_\_\_\_  
¿Hay algún otro seguro aplicable a este riesgo? \_\_\_\_\_

## Fecha y Sitio del Accidente

Fecha de Accidente \_\_\_\_\_ Hora \_\_\_\_\_ A.M.  P.M.   
Accidente ocurrió en (Dirección) \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_  
Ciudad \_\_\_\_\_  
¿ Fue reportado a la Policía? \_\_\_\_\_ ¿ Dónde? \_\_\_\_\_

## Persona Lesionada y Lesiones

Nombre \_\_\_\_\_ Dirección \_\_\_\_\_  
Teléfono (Residencial) \_\_\_\_\_ Ocupación \_\_\_\_\_ Edad \_\_\_\_\_ Estado Civil \_\_\_\_\_  
Empleado por \_\_\_\_\_ Dirección \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_  
¿Proveyó usted o autorizó atención médica? \_\_\_\_\_  
Nombre Doctor \_\_\_\_\_ Dirección \_\_\_\_\_  
¿Dónde fue llevado luego del accidente? \_\_\_\_\_  
Descripción de lesiones \_\_\_\_\_  
Probable periodo de incapacidad \_\_\_\_\_

## Daños a Propiedad Ajena

Nombre del Dueño \_\_\_\_\_ Dirección \_\_\_\_\_  
Descripción de propiedad \_\_\_\_\_  
Nombre de la Compañía Aseguradora \_\_\_\_\_  
Naturaleza y extensión de daños y estimado reparación \_\_\_\_\_

## Descripción del Accidente

Indique causa y describa detalles accidente \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

¿ Quién es el dueño del local ? \_\_\_\_\_  
Persona a cargo del local \_\_\_\_\_

## Testigos

Obtenga nombres y direcciones de testigos \_\_\_\_\_  
Nombre \_\_\_\_\_ Dirección \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_  
Nombre \_\_\_\_\_ Dirección \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_  
Nombre \_\_\_\_\_ Dirección \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_

## Fecha de Informe

Fecha de este reporte \_\_\_\_\_ Si no ha reportado a tiempo, explique \_\_\_\_\_  
A qué oficina fue reportado \_\_\_\_\_  
Este documento es:  una notificación solamente  una reclamación

\_\_\_\_\_  
Firma del Agente

\_\_\_\_\_  
Firma del Asegurado

\_\_\_\_\_  
Fecha