

# Informe de Accidente de Automóvil (Reclamante)

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



Fecha del Accidente \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_\_ Hora \_\_\_\_\_ M \_\_\_\_\_

¿Dónde ocurrió el accidente? \_\_\_\_\_

¿Número de personas en su automóvil? \_\_\_\_\_ ¿En el otro automóvil? \_\_\_\_\_

Marca de su automóvil \_\_\_\_\_ Número de Tablilla \_\_\_\_\_ Año y Modelo \_\_\_\_\_

Nombre y dirección del dueño del automóvil \_\_\_\_\_

Nombre del chofer \_\_\_\_\_ Edad \_\_\_\_\_ Número de licencia \_\_\_\_\_

Dirección del chofer \_\_\_\_\_

¿Qué partes de su automóvil fueron averiadas? \_\_\_\_\_

¿Dónde se puede ver su automóvil? \_\_\_\_\_ ¿Cuándo? \_\_\_\_\_

¿Qué compañía tiene el seguro de su automóvil? \_\_\_\_\_

¿Con qué compañía está financiado su automóvil? \_\_\_\_\_

¿Fue usted herido? \_\_\_\_\_ ¿Alguien herido? \_\_\_\_\_ Nombre, edad y dirección de personas heridas \_\_\_\_\_

Naturaleza de las heridas \_\_\_\_\_

Nombre y dirección del doctor \_\_\_\_\_

¿Dónde trabaja la persona herida? \_\_\_\_\_

¿Avisó usted este accidente a la A.C.A.A.? \_\_\_\_\_ ¿Dónde? \_\_\_\_\_ Número de Expediente de la A.C.A.A. \_\_\_\_\_

Marca del otro automóvil \_\_\_\_\_ Número de Tablilla \_\_\_\_\_

Nombre y dirección del dueño \_\_\_\_\_

Velocidad y dirección \_\_\_\_\_ (Su Automóvil) \_\_\_\_\_ (El Otro Automóvil)

Describa el accidente \_\_\_\_\_

Nombre y dirección de testigos (Incluyendo personas en su automóvil) \_\_\_\_\_

¿Avisó Ud. este accidente a las autoridades? \_\_\_\_\_ Número de Querrela de la policía \_\_\_\_\_

Dirección del cuartel \_\_\_\_\_

Tenga la bondad de someter cuentas pagadas (recibos) o estimado de daños adjunto a este informe.  
Llene este informe completamente y firmelo debidamente.

Firma \_\_\_\_\_

Fecha \_\_\_\_\_ de 20 \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_

Núm. teléfono \_\_\_\_\_

Comentarios; heridos adicionales; testigos; etc. \_\_\_\_\_

# Auto Accident Report (Claimant)

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



Date of Accident \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_\_ Time \_\_\_\_\_ M

Where did accident happen? \_\_\_\_\_

Number of persons in your car \_\_\_\_\_ Number of persons in other car \_\_\_\_\_

Make of your car \_\_\_\_\_ License plate number \_\_\_\_\_ Year/Model \_\_\_\_\_

Owner's Name and Address \_\_\_\_\_

Driver's Name \_\_\_\_\_ Age \_\_\_\_\_ License Number \_\_\_\_\_

Driver's Address \_\_\_\_\_

What parts of your car were damaged? \_\_\_\_\_

Where can car be seen? \_\_\_\_\_ When? \_\_\_\_\_

What Company carries your automobile insurance? \_\_\_\_\_

Is your vehicle financed? If so, with whom? \_\_\_\_\_

Where you injured? \_\_\_\_\_ Was anyone injured? \_\_\_\_\_ Give name, age, and address of all those injured \_\_\_\_\_

Nature of injuries \_\_\_\_\_

Name and address of doctor \_\_\_\_\_

Where does the injured person work? \_\_\_\_\_

Was injured reported to A.C.A.A.? \_\_\_\_\_ Where? \_\_\_\_\_ Case # \_\_\_\_\_

Make of other car \_\_\_\_\_ License plate number \_\_\_\_\_

Owner's Name and address \_\_\_\_\_

Rate of speed and direction of travel \_\_\_\_\_ (Your Vehicle) \_\_\_\_\_ (Other Vehicle)

Describe accident \_\_\_\_\_

Name and addresses of witnesses (Includes all occupants of your car) \_\_\_\_\_

Did you report accident to authorities? \_\_\_\_\_ Police Complaint # (Querella) \_\_\_\_\_

Where (Street Address)? \_\_\_\_\_

Please submit repair bill or itemized estimates of your damage with this report.  
Fill out this Report completely and sign accordingly. Signed \_\_\_\_\_

Date \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_\_ Address \_\_\_\_\_

Telephone number \_\_\_\_\_

Comments; other injured, witnesses; etc. \_\_\_\_\_