

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. _____