

NOMBRE: _____ FECHA: ____ / ____ / ____

FECHA DE ACCIDENTE: _____ / _____ / _____

¿ Quién es el titular de la pólítica del coche ? _____

Su relación con el asegurado: _____

Compañía de Seguros: _____ Accidente Reportado a Ins. Co.? **Sí No**

Nombre Reclamar Ajustador : _____ Reclamo #: _____

Dirección de la compañía de seguros : _____

Teléfono#: _____ del ajustador de correo electrónico: _____

¿Tienes un abogado? **Sí No** Nombre del abogado: _____

Ubicación del accidente : _____ **Hora:** ____ : ____ **am pm**

¿Fuiste a:

Conductor Delantero pasajero Pasajero trasero izquierdo Pasajero trasero medio Pasajero trasero derecho
Peatón Ciclista Motociclista Jinete Autobús Pasajero _____ Otro: _____

¿Estabas usando un cinturón de comer? **Sí No** ¿Se implementó su Airbag? **Sí No** Reposo cabezas arriba? **Sí No**

Punto de impacto: _____ Número de vehículos involucrados: _____

Tipos de vehículos : _____

Condiciones de la carretera : _____ Costos de reparación (si se conocen) : \$ _____

Breve descripción del accidente:

¿Viste el impacto que viene? **Sí No** ¿Fue usted capaz de prepararse para el impacto? **Sí No**

¿Tu cabeza estaba recta en el momento? **Sí No** Posición de la cabeza en el impacto: **Derecha Izquierda Abajo**

¿Has golpeado alguna parte del cuerpo en el accidente ? **Sí No** ¿Dónde? _____

¿Experimentaste inmediatamente el dolor ? **Sí No** ¿Dónde? _____

¿Quién estaba en el sene? **Policía Ambulancia Otro:** _____

¿Fuiste a una hospital después de la una de averías? **Sí No** ¿Dónde ? _____

¿Pruebas realizadas en el hospital? **Sí No** ¿Cuál? _____

¿Medicaciones recetadas? **Sí No** ¿Qué? _____

¿Se le ha explicado el diagnóstico? **Sí No** Explique: _____

¿Otros doctores vistos para esta lesión? **Sí No** ¿Quien? _____

¿Ha tenido algún otro accidente automovilístico, lesiones en el trabajo o lesiones/caídas? **Sí No**

Firma: _____ **Fecha:** ____ / ____ / ____