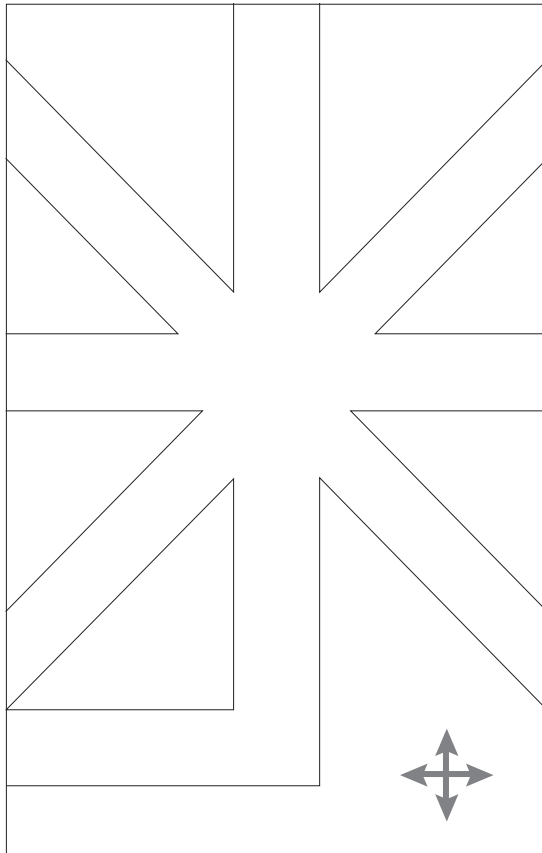


Diagrama

Dibuje en el área en blanco o use el diagrama.



SU VEHÍCULO **1** OTRO **2** OTRO **3**

Testigo Uno

Nombre: _____

Dirección: _____

Número de teléfono: _____

Correo electrónico: _____

Testigo Dos

Nombre: _____

Dirección: _____

Número de teléfono: _____

Correo electrónico: _____

Investigación Policial

¿Llegó la policía al lugar del accidente? Sí No

Nombre del oficial de policía: _____

Número de Placa: _____

Agencia Investigadora: _____

¿Se emitió una citación? Sí No

Nombre de la persona citada: _____

El número de reporte de la policía: _____

INGENIRERÍA DE RIESGOS

DOCUMENTACIÓN DE ACCIDENTE

Contacto de Reclamaciones
Crum & Forster

Llame a nuestro número
de teléfono gratuito
(800) 690-5520
Fax (877) 622-6218

Si usted está involucrado en un accidente, por favor siga estos pasos muy sencillos:

- Llame a la policía u otra autoridad inmediatamente!
- No admita responsabilidad por el accidente
- Obtenga nombres y direcciones de todas las personas implicadas, incluso los testigos
- Sólo hable del accidente con el investigador o el representante autorizado de la compañía
- Complete este formulario de accidente y tome muchas fotos
- Notifique al departamento de reclamaciones de Crum & Forster lo antes posible
- No repare el vehículo a menos que haya recibido la autoridad del departamento de reclamaciones Crum & Forster



CRUM & FORSTER
A FAIRFAX COMPANY

Su Vehículo

Fecha del Accidente: _____

Hora del Accidente: _____ A.M. _____ P.M.

Marca del Vehículo: _____

Modelo del Vehículo: _____

Año del Vehículo: _____

Número de Matrícula: _____

Número de identificación del vehículo: _____

Número de Pasajeros: _____

¿Fue remolcado su vehículo? Sí No

Nombre del contacto de la compañía de remolque:

Número de teléfono de la compañía de remolque:

Describa los hechos del accidente, daños, lesiones y factores contribuyentes:

El Otro Vehículo

Nombre del conductor: _____

Dirección: _____

Número de teléfono: _____

Correo electrónico: _____

Marca del vehículo: _____

Modelo del vehículo: _____

Número de identificación del vehículo: _____

Número de matrícula del vehículo: _____

Compañía de seguros: _____

Número de la póliza: _____

Número de pasajeros: _____

¿Hubo algun lesionado? Sí No

¿Fue remolcado su vehículo? Sí No

Daños: _____

Las Personas Lesionadas

Nombre: _____

Dirección: _____

Fecha de nacimiento: _____

Número de teléfono: _____

Marque todas las opciones que apliquen:

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Peatón | <input type="checkbox"/> Atendidos en el lugar del accidente |
| <input type="checkbox"/> Su vehículo | <input type="checkbox"/> Trasladado a un centro médico |
| <input type="checkbox"/> Otro vehículo | |

El Otro Vehículo

Nombre del conductor: _____

Dirección: _____

Número de teléfono: _____

Correo electrónico: _____

Marca del vehículo: _____

Modelo del vehículo: _____

Número de identificación del vehículo: _____

Número de matrícula del vehículo: _____

Compañía de seguros: _____

Número de la póliza: _____

Número de pasajeros: _____

¿Hubo algun lesionado? Sí No

¿Fue remolcado su vehículo? Sí No

Daños: _____

Las Personas Lesionadas

Nombre: _____

Dirección: _____

Fecha de nacimiento: _____

Número de teléfono: _____

Marque todas las opciones que apliquen:

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Peatón | <input type="checkbox"/> Atendidos en el lugar del accidente |
| <input type="checkbox"/> Su vehículo | <input type="checkbox"/> Trasladado a un centro médico |
| <input type="checkbox"/> Otro vehículo | |