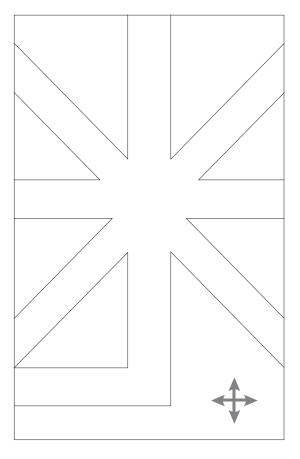
Diagrama

Dibuje en el área en blanco o use el diagrama.



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 official 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



El Otro Vehículo El Otro Vehículo Su Vehículo Fecha del Accidente: Nombre del conductor: Nombre del conductor: Hora del Accidente: A.M. P.M. Dirección: Marca del Vehículo: Número de teléfono: Número de teléfono: Modelo del Vehículo: Correo electrónico: Correo electrónico: Año del Vehículo: _____ Marca del vehículo:_____ Marca del vehículo: _____ Número de Matrícula: _____ Modelo del vehículo:_____ Modelo del vehículo: Número de identificación del vehículo: Número de identificación del vehículo: Número de identificación del vehículo: Número de Pasajeros:_____ Número de matrícula del vehículo: Número de matrícula del vehículo: ¿Fue remolcado su vehículo? Sí No Compañía de seguros: Compañía de seguros: Número de la póliza: _____ Nombre del contacto de la compañía de remolque: Número de la póliza:_____ Número de pasajeros:_____ Número de pasajeros: Número de teléfono de la compañía de remolque: ¿Hubo algun lesionado? Sí No ¿Hubo algun lesionado? Sí No ¿Fue remolcado su vehículo? 🗆 Sí 🗆 No ¿Fue remolcado su vehículo? Sí No Describa los hechos del accidente, daños, lesiones y factores contribuyentes: Las Personas Lesionadas Las Personas Lesionadas Nombre: Nombre: Dirección: Dirección:_____ Fecha de nacimiento: Fecha de nacimiento: Número de teléfono: Número de teléfono: Marque todas las opciones que apliquen: Marque todas las opciones que apliquen: ☐ Atendidos en el lugar del ☐ Atendidos en el lugar del ☐ Peatón ☐ Peatón accidente accidente ☐ Su vehículo ☐ Su vehículo ☐ Trasladado a un centro médico ☐ Trasladado a un centro médico ☐ Otro vehículo ☐ Otro vehículo