

Aviso de Accidente

Accident Report

Oficinas en calle Tanca 500. Edificio Ochoa, Viejo San Juan

Telefono: 787 721-4900

1- Asegurado Insured _____	Nombre Name _____			Poliza Policy No. _____		
				Agente Agent _____		
	Dirección Residencia Home Address _____			Telefono Telephone No _____		
	Dirección Negocio Business Address _____			Telefono Telephone No. _____		
2- Fechas y Sitio Date and Place _____	Fecha del Accidente Date of Loss or Accident _____			Hora Time _____	Lugar especificar) Location (give name of street, City and State) _____ _____	
	3-Automóvil del Asegurado Automobile of Assured _____		Marca Make	Año Year	Caja Body	Motor No. _____
					Serie Serial No _____	Tablilla State License No. _____
Nombre del Dueño Name of Owner _____	Dirección Address _____					
	Tel. Residencial Res. Phone _____					
	Tel. Del Trabajo Bus. Phone _____					

3-	Edad Age _____	Licencia Driver's License _____	Relación del asegurado Relationship with the insured. _____	Fines con que se usaba el Vehículo Purpose for wich vehicle was being used. _____
	Especifique los daños del carro Specify the damages of the car _____			
	Costo Estimado de reparación Estimated cost of repairs _____			
	Dirección Exacta donde puede inspeccionarse el Vehículo Exact Address where the vehicle can be inspected. _____			
4- Personas Lesionadas	1- _____ Nombre (Name) Médico u Hospital dónde fué tratado (Name of doctor or Hospital to which taken) _____	Edad age _____	_____ Dirección Completa (complete address)	Pasajero –Passenger _____ Peatón – pedestrian _____ Carro Asegurado _____ Otro carro – Other car tel. _____
	2- _____ Nombre (Name) Médico u Hospital dónde fué tratado (Name of doctor or Hospital to which taken) _____	Edad age _____	_____ Dirección Completa (complete address)	Pasajero –Passenger _____ Peatón – pedestrian _____ Carro Asegurado _____ Otro carro – Other car tel. _____
	3- _____ Nombre (Name) Médico u Hospital dónde fué tratado (Name of doctor or Hospital to which taken) _____	Edad age _____	_____ Dirección Completa (complete address)	Pasajero –Passenger _____ Peatón – pedestrian _____ Carro Asegurado _____ Otro carro – Other car tel. _____

5-Daños de la propiedad ajena (damage to the property of others)	Dueño (Owner)			
	Chofer (Name of driver)			
	Describa los daños. Si es auto. Exprese (List damage . If auto. State.		Año (Year)	
	Marca	Tablilla	Costo Estimado Reparación	Si es asegurado diga que compañía y num. de póliza. <hr/> <hr/> <hr/>