



## INFORMACION DE ACCIDENTE DE AUTOMOVIL

Nombre: \_\_\_\_\_

Aseguranza De Auto: \_\_\_\_\_

Dirreccion: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Codigo Postal: \_\_\_\_\_

Adjustador de Reclamo: \_\_\_\_\_

Numero de Telefono: \_\_\_\_\_

Fecha de Accidente: \_\_\_\_\_

En Que Estado Ocurrio El Accidente: \_\_\_\_\_

Numero de Reclamo: \_\_\_\_\_

Dueño de Polisa:    Uno mismo

(Si no usted) Nombre: \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

Dirreccion: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Codigo Postal: \_\_\_\_\_

Numero de Telefono: \_\_\_\_\_

Relacion a usted: \_\_\_\_\_