



REPORTE DE ACCIDENTE DE AUTOMOVIL

Declaracion del Reclamante

Apellidos _____ Nombres _____

Dirección _____
Calle/número _____ Apartamento/edificio _____
Sector _____ Ciudad _____

Cédula _____ Edad _____ Estado Civil _____

Ocupación _____ Empresa donde labora _____

Sueldo mensual RD\$ _____ Teléfonos: _____
Residencia _____ Oficina _____ Celular _____

Licencia de conducir No. _____ Fecha de expiración _____
Día / Mes / Año

Su vehículo

Marca _____ Modelo _____ Placa _____

Propietario _____ Financiado en: _____

Vehículo del tercero

Marca _____ Modelo _____ Placa _____

Propietario _____ Financiado en: _____

Fecha en que ocurrió _____
Día / Mes / Año Lugar _____

_____ Hora _____ a. m. p. m.

Descipción del accidente _____

¿Fue el accidente reportado a la policía? Si No Indique donde _____

Lesiones sufridas _____

_____ Perdió el conocimiento Si No

Velocidad que estima llevaba cada vehículo: El suyo _____ KPH El otro _____ KPH

Si el accidente ocurrió en una intersección, indique si había semáforo Si No ¿Cual vehículo entró primero en la intesección?

_____ Estaba la carretera mojada Si No ¿Cuantos carriles habían? _____

¿Qué señal de advertencia hizo usted? _____

¿Qué señal de advertencia hizo el otro conductor? _____

Indique cualquier otro detalle importante no mencionado anteriormente _____

Testigos:	Nombre(s)	Dirección	Teléfono
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

Fecha _____
Día / Mes / Año

Firma del Reclamante