



License #0C46032

P.O. Box 2590

Newbury Park, CA 91319-2590

If you are in any way concerned about your health or safety please call 911 or move to a secure location. Your safety is our primary concern. The following information can help expedite the processing of your claim.

ACCIDENT SCENE

Date: _____ Time: _____ am/pm

Street/Location: _____

City: _____

Were the police at the scene? ___ Yes ___ No

Police Report #: _____

YOUR CAR

Driver's name: _____

Phone number of driver: _____

Vehicle make: _____ Year: _____

Model: _____ License #: _____

Describe damage to car: _____

Is this vehicle driveable? _____

Where is the vehicle located? _____

Was anyone injured? ___ Yes ___ No

Name(s): _____

OTHER CAR

Driver of other car: _____

Driver's License #: _____

Phone number of Driver: _____

Other Vehicle make: _____ Year: _____

Model: _____ License Plate #: _____

Policy number: _____

Insurance Co.: _____

Damage to car: _____

Was anyone injured? ___ Yes ___ No

Name(s): _____

WITNESS

Name: _____

Phone number of witness: _____



License #0C46032

P.O. Box 2590

Newbury Park, CA 91319-2590

Si usted teme por su salud y seguridad, por favor llame al 911, o orillese a un lugar seguro. Su seguridad es nuestra prioridad. La información siguiente puede ayudar apresurar el proceso de su reclamo.

ESCENA DEL ACCIDENTE

Fecha: _____ Horario: _____ am/pm

Calle/Ubicación: _____

Ciudad: _____

¿Estuvo la policía en la escena del accidente? ___ Sí ___ No

Número de reporte de policía: _____

SU VEHÍCULO

Nombre del conductor: _____

Número de teléfono del conductor: _____

Marca de su vehículo: _____ Año: _____

Modelo: _____ Número de placa: _____

Descripción de daños: _____

¿Es operable el vehículo? _____

¿En donde se encuentra el vehículo ahora? _____

¿Hubo heridos? ___ Sí ___ No

Nombre(s): _____

OTRO VEHÍCULO

Conductor del otro vehículo: _____

Número de licencia de conducir: _____

Número de teléfono del conductor: _____

Marca del otro vehículo: _____ Año: _____

Modelo: _____ Número de placa del vehículo: _____

Número de póliza: _____

Compañía de seguro: _____

Daños al vehículo: _____

¿Hubo heridos? ___ Sí ___ No

Nombre(s): _____

TESTIGO

Nombre: _____

Número de teléfono del testigo: _____

ACCIDENT CHECKLIST

LISTA DE VERIFICACIÓN DE ACCIDENTE