

Envíe el formulario completo por correo electrónico a Claims@mydirectauto.com o al fax 312-568-4577

No.de Reclamo _____

Descripcion de su vehiculo

Marca del Auto _____ Año _____ Modelo _____ No. de Placa _____

Nombre del Dueño _____ Año _____ Estado Civil _____

Direccion _____ Ciudad _____ Estado _____ Codigo Postal _____

Telefono (Casa) _____ (Trabajo) _____ (Cell) _____

Estado Civil _____

Correo Electronico _____

Direccion _____ Ciudad _____ Estado _____ Codigo Postal _____

Telefono (Casa) _____ (Trabajo) _____ (Cell) _____

Porque proposito se estaba usando el vehiculo en el momento del accidente? _____

Describe los daños a su vehiculo _____

Los daños exceden \$500.00 (Circular uno) **S** **N** El Vehiculo se puede conducir (Circular uno) **S** **N**

Si el vehiculo no se puede conducir, donde lo podemos inspeccionar? _____

Incluyendo el conductor, cuantos pasajeros ocupaban el vehiculo? _____

Descripcion del otro Vehiculo

Marca del Auto _____ Año _____ Modelo _____ No. de Placa _____

Nombre del Dueño _____ Edad _____ Estado Civil _____

Direccion _____ Ciudad _____ Estado _____ Codigo Postal _____

Telefono (Casa) _____ (Trabajo) _____ (Cell) _____

Describe los daños del otro vehiculo _____

Los daños exceden \$500.00 (Circular uno) **S** **N** El Vehiculo se puede conducir (Circular uno) **S** **N**

Nombre, Numero de reclamo o numero de poliza de la otra compania _____

Incluyendo el conductor, cuantos pasajeros ocupaban el vehiculo? _____

Hora, Lugar y Detalles del Accidente

Fecha del Accidente _____ Año _____ Hora _____ : _____ AM PM , Dia o Noche? _____

Lugar Exacto _____ Ciudad _____ Estado _____

Tipo de Calle _____ Seco o Mojado? _____ Condicion del Tiempo _____

Direccion en la que Viajaba _____ En que Calle? _____

Direccion en que el otro Vehiculo viajaba _____ En que Calle? _____



REPORTE DE ACCIDENTE

Version del asegurado (CONTESTAR TODAS LAS PREGUNTAS-PAGINA 1 Y 2)

Tenia usted un alto o senal de trafico? _____ La otra Persona _____

Desobedecio usted el alto o senal de trafico? _____ La otra Persona _____

Cual vehiculo cruzo la interseccion primero? _____

Que senal utilizo usted para virar? _____

Habia usted ingerido (Cerveza, Vino, Licor, etc.)? _____ La otra Persona? _____

Tuvo usted alguna violacion de transito? _____ La otra Persona? _____

Que Violaciones? _____

Acepto usted culpa o responsabilidad por el Accidente? _____ La otra Persona? _____

Fue el accidente reportado a la Policia? (Circular uno) **S** **N** Cual departamento de Policia (Ciudad) _____

No. de reporte de Policia _____ Reportado en la estacion o lugar de los Hechos? _____

Favor Listar todos los testigos que no eran pasajeros en ninguno de los vehiculos involucrados:

Nombre	Edad	Direccion	No. Telefonico
--------	------	-----------	----------------

Danos Corporales

Alguien Herido (Favor marcar SI o NO _____ Si la respuesta es Si, por favor liste los Nombres, Edad, Sexo y Direccion de las personas heridas en el accidente: _____)

Nombre	Edad	Sexo	Direccion	Tipo de Heridas	En Cual Veh.
--------	------	------	-----------	-----------------	--------------

Heridos Transportados a: _____

Doctor _____ Direccion _____

Otro Seguro

Tiene seguro de Colision | Daños a Terceros | Hospitalizacion | Gastos Medicos?

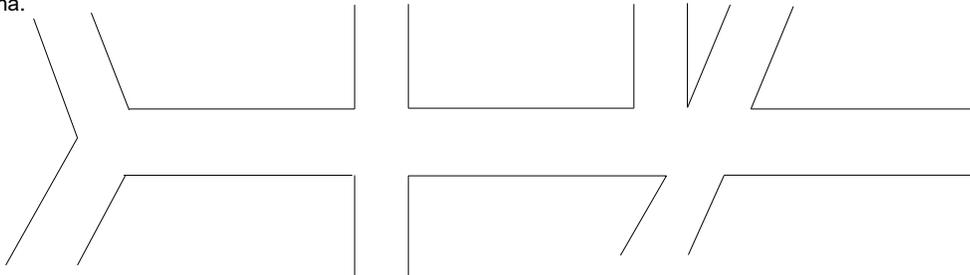
Si tiene estos seguros, por favor proveer los nombres de las companias y los limites: _____

No. de Poliza o Reclamo: _____

SI NECESITA MAS ESPACIO, POR FAVOR ADJUNTE OTRA HOJA DE PAPEL

IMPORTANTE: Describa en sus propias palabras como fue que ocurrio el accident:

Por favor indique el el diagrama los nombres de las Calles, Direccion en la que viajaban y lugar de los objetos afectados, tanto como las senales de transito. Marque su vehiculo con una **A** y el otro vehiculo con una **B**, mostrando los puntos de impacto, y en donde los vehiculos llegaron a su descanso despues del percanse. Tambien indique cualquier otra informacion pertinente. Indique la direccion Norte con una flecha.



Firma

Fecha