



ACCIDENTE DE CARRO

Nombre: _____

Domicilio: _____

Numero de Telefono: _____

Referido por: _____

Fecha de accidente: _____

Lugar donde ocurrio el accidente: _____

Reporte de policia: Si O No

Recibio tratamiento medico: Si O No

Partes de cuerpo lesionado: _____

Nombre de doctor/clinica: _____

Domicilio: _____

Numero de telefono: _____

Ud. Tiene aseguranza de carro Si O No

Informacion de su aseguranza: _____

Persona que causo accidente
Tiene aseguranza de automobil Si O No

Informacion de aseguranza _____

Ud. Tiene abogado? _____

***** Si se fije una cita para consulta, traiga la poliza de su aseguranza y
reporte de policia con usted *****