

# GUIA DEL ACCIDENTE

Fecha: \_\_\_\_\_ Hora: \_\_\_\_\_ A.M. P.M.

Lugar: \_\_\_\_\_

**Los conductores DEBEN proporcionar la siguiente información**

**Nombre de conductor(es):** \_\_\_\_\_

**Numero de licencia(s) de conducir:** \_\_\_\_\_

**Numero de placa (del/los vehiculo(s):** \_\_\_\_\_

**Compañía(s) de Seguro(s):** \_\_\_\_\_

**Número de Póliza(s):** \_\_\_\_\_

Testigo #1: \_\_\_\_\_

Dirrección: \_\_\_\_\_

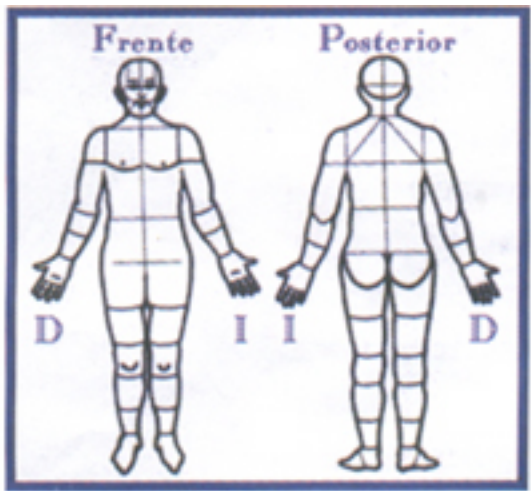
\_\_\_\_\_ Tel #: \_\_\_\_\_

Testigo #2: \_\_\_\_\_

Dirrección: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Tel #: \_\_\_\_\_

Marque en la figura del cuerpo calquier parte en la que usted sienta dolor ó cualquier lesión debido al accidente. Indique calquier inflamación, moretones, cortads, partes adoloridas, etc.



**LLAME INMEDIATAMENTE AL ABOGADO JUAN J. DOMINGUEZ  
CONSULTA GRATIS-24 HORAS (800) 877-7773**