

AUTOMOBILE ACCIDENT INFORMATION SHEET Date: ___/___/___

CLIENT INFORMATION / INFORMACIÓN DE CLIENTE

Contact Information/Información de Contacto:

Name/Nombre: _____
First/Primero Middle/Segundo Last/Apellido

Address/Dirección: _____
Street/Calle Apt. No. City/State Zip

Home/Casa: (____) _____ - _____ Work/Trabajo: (____) _____ - _____ Cell/Cel: (____) _____ - _____

Email/Correo Elec.: _____

Personal Info/Info Personal:

Sex/Sexo: M / F DOB/Fec. de Nac.: ___/___/___ Age/Edad: _____ SSN: _____ - _____ - _____

Marital Status/Estado Civil: Married / Div. / Widowed / Sep. / Single TDL No./Num. de Lic.: _____

Spouse's Name/Nombre de esposo(a): _____
First/Primero Middle/Segundo Last/Apellido

If a minor/Si un menor de edad:

Parent's Name/Nombre del padre: _____
First/Primero Middle/Segundo Last/Apellido

Do you owe child support/Deve manutención de niños?: Y / N Medicaid?: Y / N Medicare?: Y / N

Primary Language/Idioma Primario: _____ Need Interpreter?/¿Necesitas Intérprete?: Y / N

Prior accidents/accidentes anteriores?: Y / N Explain/Explique: _____

Prior injuries/lesiones anteriores?: Y / N Explain/Explique: _____

Employment Info/Info de Empleo:

Do you work/¿Trabaja?: Y / N Employer/Empleador: _____

Address/Dirección: _____
Street/Calle Apt. No. City/State Zip

Occupation/Ocupación: _____ Salary/Salario: _____ per Month / Week / Hour / Day

ACCIDENT INFORMATION / INFORMACIÓN DE ACCIDENTE

Date/Fecha: ___/___/___ Time/Hora: _____ Location/Local: _____

Police Report?/¿Reporte de policía?: Y / N Case No./Num. de Caso: _____

Hospital?/¿Hospital? Y / N Ambulance?/¿Ambulancia?: Y / N Which hospital/Cuál hospital: _____

Witnesses/Testigos Telephone No./Num de teléfono

1.) _____

2.) _____

Describe how accident occurred/Como ocurrió el accidente: _____

Location in vehicle/Ubicación en el vehículo: Driver / Passenger / Pedestrian / Other

How many other people in your vehicle?/¿Cuántas otras personas en su vehículo?: _____

What injuries did you sustain?/Cuales son sus lesiones? _____

Did you miss work?/¿Perdió el trabajo?: Y / N Amount missed/cantidad perdido: _____

YOUR VEHICLE INFORMATION/INFORMACIÓN DE SU VEHICULO

Year/Año: _____ Make/Marca: _____ Model/Modelo: _____

Color/Color: _____ License Plate/Placas: _____ Drivable?/¿Movable? Y / N

Owner of Vehicle/Dueno de auto: _____

Car Location/Ubicación de vehículo: _____ Phone/Num.: (_____) _____ - _____

Your Insurance/Aseguransa de usted: _____ UM: Y / N PIP: Y / N

Policy No/Num. de polisa: _____ Claim No/Num de reclamo: _____

DEFENDANT INFORMATION / INFORMACION DE DEFENDANTE

Contact Information/Información de Contacto:

Name/Nombre: _____
First/Primero Middle/Segundo Last/Apellido

Address/Dirección: _____
Street/Calle Apt. No. City/State Zip

Home/Casa: (_____) _____ - _____ Work/Trabajo: (_____) _____ - _____ Cell/Cel: (_____) _____ - _____

Sex/Sexo: M / F DOB/Fec. de Nac.: ____ / ____ / ____ Age/Edad: ____ TDL No./Num. de Lic.: _____

Other Vehicle Information/Información del otro vehículo:

Year/Año: _____ Make/Marca: _____ Model/Modelo: _____

Color/Color: _____ License Plate/Placas: _____ Drivable?/¿Movable? Y / N

Owner of Vehicle/Dueno de auto: _____

Name of Insured/Asegurado(a): _____

Their Insurance/Aseguransa de otra persona: _____

Policy No/Num. de polisa: _____ Claim No/Num de reclamo: _____