





**DAÑOS PERSONALES**

Cantidad ' H P D Q G D Ga: \$

Descripción de Daños: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

¿Se le atendió en un hospital? Si / No Nombre de Hospital \_\_\_\_\_

¿Hoy por hoy está siendo atendido por un doctor Are? Si/ No

De ser así, nombre y teléfono del doctor \_\_\_\_\_

**INFORMACION ADICIONAL DE RECLAMO**

¿Se llamó la policía a lugar de la escena? Si / No Número de Reporte de Policía (de estar disponible)

\_\_\_\_\_

Pasajero y/o información de testigo (de haberlos)

Nombre

Dirección

Número de Teléfono

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**PARA TODA DEMANDA** – ¿Ha presentado un reclamo ante su seguro? Si / No

Complete lo siguiente de haber contestado si arriba:

Fecha en que presentó reclamo \_\_\_\_\_

Compañía de Seguro \_\_\_\_\_

Núm. de Póliza \_\_\_\_\_ Núm. De Reclamo \_\_\_\_\_

Nombre/Teléfono de Ajustador \_\_\_\_\_

**FIRMA DE ' ( 0 \$ 1 ' ANOTARIO de Demanda debe incluir fecha y firma de demandante (mayor de 18 años – o por ambos adultos de haberse presentado la demanda por una pareja de casados; por un padre en representación de su hijo quien sufre daños o pérdida; por una persona quien cuenta con un poder escrito del abogado del demandante; o por un guardián otorgado por la corte.**

X \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

X \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_