



16150 N. Arrowhead Fountains Center Drive • Suite 350 • Peoria, AZ 85382
623-760-1500 • FAX 888-992-6207 • www.emcins.com

Claim No. _____

REPORT OF ACCIDENT

YOU

Name _____
 Address _____

 Phone _____
 Social Security # _____
 Occupation _____

OTHER PARTY

Name _____
 Address _____

 Phone _____

YOUR CAR

Year	Make	Model	License No.
------	------	-------	-------------

Driven by _____ Age _____
 Actual Owner _____

OTHER CAR

Year	Make	Model	License No.
------	------	-------	-------------

Driven by _____ Age _____
 Actual Owner _____

How long have you been employed with current employer?
 List name, address and telephone of person whom will be able to contact you for next 3 years should you move:
 (____) _____ - _____

FACTS OF ACCIDENT

Date of accident _____ Time _____ ^{AM}/_{PM} Place _____
 Direction your car was going _____ Other car _____
 Your speed _____ MPH Other car _____ MPH
 Did you signal? _____ How? _____ Other car? _____ How? _____
 Did you have a stop sign against you? _____ Other car _____
 Were you on a thru street or highway? _____ Other car _____
 Where was other car when you first saw it? _____
 Was your view obstructed? _____ Other driver's _____
 What did you do to avoid the accident? _____

Weather condition Clear Rain Snow Fog Freezing Other _____
 Road condition Dry Wet Icy Snow covered Other _____
 Do you think you were partially at fault? _____
 Are you making claims against anyone? _____
 If so, against whom? _____ Amount \$ _____

DAMAGE TO YOUR VEHICLE

Describe the damage to your vehicle _____

 Attach estimates if available

COMPLETE OTHER SIDE

PASSENGERS IN YOUR CAR	Name	Address	Phone No.
	1. _____		
	2. _____		
	3. _____		
PERSONS INJURED	Name	Age	Kind of Injury
	1. _____		
	2. _____		
	3. _____		
WITNESSES BESIDES PASSENGERS	Name	Address	Phone No.
	1. _____		
	2. _____		
	3. _____		
POLICE	Did police investigate? _____ Officer's name and/or badge no. _____		
	Was either driver arrested or issued a ticket? _____		
BRIEF DESCRIPTION OF ACCIDENT	_____		

PLEASE DRAW A DIAGRAM OF THE SCENE OF ACCIDENT.

INDICATE NORTH BY ARROW IN THIS CIRCLE



**FOR YOUR PROTECTION CALIFORNIA LAW REQUIRES THE FOLLOWING TO APPEAR ON THIS FORM:
Any person who knowingly presents a false or fraudulent claim for the payment of a loss is guilty of a crime
and may be subject to fines and confinement in a state prison.**

DATE _____ SIGNED _____



16150 N. Arrowhead Fountains Center Drive • Suite 350 • Peoria, AZ 85382
 623-760-1500 • FAX 888-992-6207 • www.emcins.com

N.º de reclamo _____

INFORME DEL ACCIDENTE

USTED				LA OTRA PARTE			
Nombre _____				Nombre _____			
Dirección _____				Dirección _____			
Teléfono _____				Teléfono _____			
N.º de seguro social _____							
Profesión _____							
SU AUTOMÓVIL				EL OTRO AUTOMÓVIL			
Año _____	Marca _____	Modelo _____	N.º de licencia _____	Año _____	Marca _____	Modelo _____	N.º de licencia _____
Conducido por _____ Edad _____				Conducido por _____ Edad _____			
Propietario real _____				Propietario real _____			

¿Hace cuánto tiempo trabaja con su empleador actual?
 Indique el nombre, la dirección y el teléfono de la persona que podrá contactarse con usted durante los próximos 3 años en caso de que se mude:
 (____) _____ - _____

HECHOS DEL ACCIDENTE

Fecha del accidente _____ Hora _____ A. M. P. M. Lugar _____
 Dirección a la que se dirigía su automóvil _____ El otro automóvil _____
 Su velocidad _____ MPH La velocidad del otro automóvil _____ MPH
 ¿Hizo señas? _____ ¿Cómo? _____ ¿Y el otro automóvil? _____ ¿Cómo? _____
 ¿Había una señal de parada enfrente de usted? _____ Enfrente del otro automóvil _____
 ¿Estaba en una calle con mucho tránsito o una autopista? _____ El otro automóvil _____
 ¿Dónde estaba el otro automóvil cuando lo vio por primera vez? _____
 ¿Su visión estaba obstruida? _____ La visión del otro conductor _____
 ¿Qué hizo para evitar el accidente? _____

Clima Despejado Lluvia Nieve Niebla Helado Otra opción _____
 Estado de la carretera Seca Mojada Cubierta de hielo Cubierta de nieve Otra opción _____
 ¿Considera que fue su culpa parcialmente? _____
 ¿Presentará un reclamo contra alguien? _____
 En ese caso, ¿contra quién? _____ Monto \$ _____

DAÑOS A SU VEHÍCULO

Describe el daño a su vehículo _____

Adjunte las estimaciones si es posible

COMPLETAR EL OTRO LADO

PASAJEROS EN SU AUTOMÓVIL	Nombre		Dirección	N.º de teléfono
	1. _____			
	2. _____			
	3. _____			
PERSONAS LESIONADAS	Nombre	Edad	Tipo de lesión	Médico
	1. _____			
	2. _____			
	3. _____			
TESTIGOS ADEMÁS DE LOS PASAJEROS	Nombre		Dirección	N.º de teléfono
	1. _____			
	2. _____			
	3. _____			
POLICÍA	¿La policía investigó? _____ Nombre o n.º de placa del oficial _____			
	¿Se arrestó o se emitió una multa a alguno de los conductores? _____			
DESCRIPCIÓN BREVE DEL ACCIDENTE	_____			

DIBUJE UN ESQUEMA DE LA ESCENA DEL ACCIDENTE. INDIQUE EL NORTE CON UNA FLECHA EN ESTE CÍRCULO



POR MOTIVOS DE PROTECCIÓN, LAS LEYES DE CALIFORNIA EXIGEN QUE SE INCLUYA LO SIGUIENTE EN ESTE FORMULARIO:

Toda persona que presente un reclamo falso o fraudulento intencionadamente para recibir el pago de una pérdida incurrirá en un delito y puede estar sujeta a multas y al confinamiento en una prisión estatal.

FECHA _____ FIRMA _____