



PO Box 712 • Des Moines, IA 50306
623-760-1500 • FAX 888-992-6207 • www.emcinsurance.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 _____



PO Box 712 • Des Moines, IA 50306
623-760-1500 • FAX 888-992-6207 • www.emcinsurance.com

N.º de reclamo _____

INFORME DEL ACCIDENTE

USTED Nombre _____ Dirección _____ _____ Teléfono _____ N.º de seguro social _____ Profesión _____	LA OTRA PARTE Nombre _____ Dirección _____ _____ Teléfono _____								
SU AUTOMÓVIL <table style="width:100%; border-top: 1px solid black; border-bottom: 1px solid black;"> <tr> <td style="width:25%;">Año</td> <td style="width:25%;">Marca</td> <td style="width:25%;">Modelo</td> <td style="width:25%;">N.º de licencia</td> </tr> </table> Conducido por _____ Edad _____ Propietario real _____	Año	Marca	Modelo	N.º de licencia	EL OTRO AUTOMÓVIL <table style="width:100%; border-top: 1px solid black; border-bottom: 1px solid black;"> <tr> <td style="width:25%;">Año</td> <td style="width:25%;">Marca</td> <td style="width:25%;">Modelo</td> <td style="width:25%;">N.º de licencia</td> </tr> </table> Conducido por _____ Edad _____ Propietario real _____	Año	Marca	Modelo	N.º de licencia
Año	Marca	Modelo	N.º de licencia						
Año	Marca	Modelo	N.º de licencia						

	¿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 <input type="checkbox"/> Lluvia <input type="checkbox"/> Nieve <input type="checkbox"/> Niebla <input type="checkbox"/> Helado <input type="checkbox"/> Otra opción _____ Estado de la carretera Seca <input type="checkbox"/> Mojada <input type="checkbox"/> Cubierta de hielo <input type="checkbox"/> Cubierta de nieve <input type="checkbox"/> 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 _____