



FORMULARIO DE INFORME DE RECLAMO DE ACCIDENTE DE VEHÍCULO

Fecha del accidente: _____ Hora del accidente: _____ AM PM

Lugar del accidente: _____

Ubicación de la tienda: _____

Número de vehículo: _____ ¿Vehículo manejado? Si No

Si no es manejable, nombre de la compañía de remolque: _____

Conductor: _____ Fecha de nacimiento: _____

Dirección: _____ Número de teléfono: _____

Fecha de contratación: _____ Ocupación: _____

Descripción detallada del accidente y daños al vehículo:

¿Alguien fue herido? Si No

Si es así, por favor describa las lesiones:

¿Respuesta médica de emergencia? Sí No ¿Alguien fue llevado al hospital? Si No

La policía responde / informa ¿hecho? Si No

Si es así, Departamento de Policía y Número de Informe: _____

Firma de la persona que completa el informe:

_____ Fecha: _____

Devuelva este formulario a Recursos Humanos o hr@stradaservices.com dentro de las 24 horas posteriores al accidente.