



RADICACIÓN Y CERTIFICACIÓN DE RECLAMACIONES

NÚMERO DE RECLAMACIÓN: \_\_\_\_\_

NÚMERO DE QUERRELA : \_\_\_\_\_

INFORMACIÓN DEL ACCIDENTE

Núm. de Cuartel o Placa de Policía	Fecha del Accidente (Mes-Día-Año)	Hora	Lugar del Accidente	Pueblo	Fecha de Radicación (Mes-Día-Año)
------------------------------------	-----------------------------------	------	---------------------	--------	-----------------------------------

INFORMACIÓN DEL LESIONADO

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombre	Inicial	Sexo	
Número de Seguro Social	Clasificación: Conductor ___ Peatón ___ Pasajero ___ Motora ___ Ciclista ___ Jinete ___	Dirección Residencial	Ciudad	País	Código Postal
Dirección Postal:		Ciudad	País	Código Postal	Teléfono Celular
Teléfono del Trabajo	Teléfono Residencial	Email	Ocupación	Fecha de Nacimiento (Mes-Día-Año)	
¿Accidente ocurrió en gestiones de trabajo? Núm. de Caso	Seguro Social Choferil Si ___ No ___	Nombre de la Aseguradora	Número de Póliza		

INFORMACIÓN DEL TUTOR

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombre	Inicial	Sexo
Dirección Residencial	Ciudad	País	Código Postal	Teléfono del Trabajo
Dirección Postal	Ciudad	País	Código Postal	Teléfono Residencial
Número de Seguro Social	Relación con el Lesionado	Email:	Teléfono Celular	

INFORMACIÓN DEL CONDUCTOR

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombre	Inicial	Sexo
Dirección Residencial:	Ciudad	País	Código Postal	Teléfono del Trabajo:
				Teléfono Residencial:
Dirección Postal :	Ciudad	País	Código Postal	Teléfono Celular::
Número de Seguro Social	Número de Licencia de Conducir	Tipo de Licencia	Fecha de Expedición (Mes-Día-Año)	Fecha de Expiración (Mes-Día-Año)



NÚMERO DE RECLAMACIÓN: \_\_\_\_

**INFORMACIÓN DEL CONDUCTOR AUTORIZADO ACOMPAÑANTE**

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombre		Inicial	Sexo
Dirección Residencial		Ciudad	País	Código Postal	Teléfono del Trabajo
					Teléfono Residencial
Dirección Postal		Ciudad	País	Código Postal	Teléfono Celular
Número de Seguro Social	Número de Licencia de Conducir	Tipo de Licencia		Fecha de Expedición (Mes-Día-Año)	Fecha de Expiración (Mes-Día-Año)

**INFORMACIÓN DEL DUEÑO DEL VEHÍCULO**

Nombre Persona o Compañía:					Sexo:
Dirección Residencial o Negocio		Ciudad	País	Código Postal	Teléfono Persona o Compañía
					Teléfono Residencial
Dirección Postal		Ciudad	País	Código Postal	Teléfono Celular:
Número de Seguro Social	Número de Tablilla de Vehículo	Tipo de Vehículo	Fecha de Expedición (Mes-Día-Año)	Fecha de Expiración (Mes-Día-Año)	Número Marbete

**DESCRIPCIÓN DEL ACCIDENTE**

Escriba de manera concisa las lesiones y descripción de cómo ocurrió el accidente. Además, incluya el nombre de todas las personas que estuvieron en ese accidente.

Indique si tiene otra reclamación con ACAA vigente y cuál es el número de caso.

Certifico que la información suministrada es correcta y conociendo las penalidades de Ley por ofrecer información falsa juro y firmo para que así conste.

Nombre del Reclamante y/o Representante :	Fecha: (Mes-Día-Año)
Firma del Reclamante y/o Representante:	
Nombre del Oficial de Reclamaciones:	Fecha: (Mes-Día-Año)
Firma del Oficial de Reclamaciones:	
Nombre del Director: o Representante Autorizado	
Firma del Director o Representante Autorizado:	