



**ANTILLES INSURANCE COMPANY**  
 PO BOX 9023507, SAN JUAN, PUERTO RICO 00902-3507  
**AVISO DE ACCIDENTE**

**ACCIDENT REPORT**  
 OFICINAS EN CALLE DE LA TANCA Núm. 500, EDIFICIO OCHOA, PH VIEJO SAN JUAN  
 TELEFONO: 787-474-4900 – FAX (787) 474-4927 E-MAIL [claims@anglo-antilles.com](mailto:claims@anglo-antilles.com)

No haga compromisos con la persona perjudicada sin antes informar el accidente y consultar a la Compañía.  
 Do not make any compromise with other party without consent of the Company

**Importante:** En caso de accidente, por pequeño que sea, sírvase llenar este aviso y enviarlo inmediatamente a la Compañía o cualquiera de sus Agentes. En casos graves teléfono o envíe correo electrónico.

**Important:** In the event of any accident, however slight, please fill out this blank and send it immediately to the Company or at any of its Agents. In serious cases, telephone or send an email.

(1) ASEGURADO INSURED	NOMBRE NAME		POLIZA NUM. POLICY NO.		
	DIRECCION RESIDENCIAL HOME ADDRESS		AGENTE AGENT		
	DIRECCION NEGOCIO BUSINESS ADDRESS		TELEFONO NUM. TELEPHONE NO.		
(2) FECHA Y SITIO DATE AND PLACE	FECHA DE ACCIDENTE DATE OF LOSS OR ACCIDENT	HORA TIME <input type="checkbox"/> AM. <input type="checkbox"/> PM.	LUGAR (Give Name of Street, City and State) Location		
(3) AUTOMOVIL DEL ASEGURADO AUTOMOBILE	MARCA MAKE	AÑO YEAR	CAJA BODY	MOTOR # SERIE NUM. SERIAL NO.	TABLILLA NUM. STATE LICENSE NO
	NOMBRE DEL DUENO NAME OF OWNER		DIRECCION ADDRESS		TEL. RES. RES. PHONE
OF ASSURED	CHOFER NAME OF DRIVER		DIRECCION ADDRESS		TEL. NEGOCIO BUS. PHONE
	EDAD AGE	LICENCIA NUM. DRIVERS LICENSE NO.	RELACION CON EL ASEGURADO RELATIONSHIP WITH THE INSURED		TEL. RES. RES. PHONE
	ESPECIFIQUE LOS DAÑOS DEL CARRO SPECIFY THE DAMAGES OF THE CAR		FINES CON QUE SE USABA EL VEHICULO PURPOSE FOR WHICH VEHICLE WAS BEING USED		
	DIRECCION EXACTA DONDE PUEDE INSPECCIONARSE EL VEHICULO EXACT ADDRESS WHERE THE VEHICLE CAN BE INSPECTED			COSTO ESTIMADO DE REPARACION ESTIMATED COST OF REPAIRS	

(4) PERSONAS LESIONADAS	1.	NOMBRE (NAME)	EDAD AGE	DIRECCION COMPLETA (COMPLETE ADDRESS)	<input type="checkbox"/> PASAJERO DE PASSENGER OF  <input type="checkbox"/> OR <input type="checkbox"/> PEATON PEDESTRIAN	<input type="checkbox"/> CARRO ASEGURADO INSURED CAR <input type="checkbox"/> OTRO CARRO OTHER CAR
		TIPO DE LESION NATURE OF INJURIES				
		MEDICO U HOSPITAL DONDE FUE TRATADO NAME OF DOCTOR OR HOSPITAL TO WHICH TAKEN		DIRECCION COMPLETA (COMPLETE ADDRESS)		TELEFONO NO. TELEPHONE NO.
PERSONS INJURED	2.	NOMBRE (NAME)	EDAD AGE	DIRECCION COMPLETA (COMPLETE ADDRESS)	<input type="checkbox"/> PASAJERO DE PASSENGER OF  <input type="checkbox"/> OR <input type="checkbox"/> PEATON PEDESTRIAN	<input type="checkbox"/> CARRO ASEGURADO INSURED CAR <input type="checkbox"/> OTRO CARRO OTHER CAR
		TIPO DE LESION NATURE OF INJURIES				
		MEDICO U HOSPITAL DONDE FUE TRATADO NAME OF DOCTOR OR HOSPITAL TO WHICH TAKEN		DIRECCION COMPLETA (COMPLETE ADDRESS)		TELEFONO NO. TELEPHONE NO.
PERSONAS LESIONADAS	3.	NOMBRE (NAME)	EDAD AGE	DIRECCION COMPLETA (COMPLETE ADDRESS)	<input type="checkbox"/> PASAJERO DE PASSENGER OF  <input type="checkbox"/> OR <input type="checkbox"/> PEATON PEDESTRIAN	<input type="checkbox"/> CARRO ASEGURADO INSURED CAR <input type="checkbox"/> OTRO CARRO OTHER CAR
		TIPO DE LESION NATURE OF INJURIES				
		MEDICO U HOSPITAL DONDE FUE TRATADO NAME OF DOCTOR OR HOSPITAL TO WHICH TAKEN		DIRECCION COMPLETA (COMPLETE ADDRESS)		TELEFONO NO. TELEPHONE NO.
PERSONS INJURED	4.	NOMBRE (NAME)	EDAD AGE	DIRECCION COMPLETA (COMPLETE ADDRESS)	<input type="checkbox"/> PASAJERO DE PASSENGER OF  <input type="checkbox"/> OR <input type="checkbox"/> PEATON PEDESTRIAN	<input type="checkbox"/> CARRO ASEGURADO INSURED CAR <input type="checkbox"/> OTRO CARRO OTHER CAR
		TIPO DE LESION NATURE OF INJURIES				
		MEDICO U HOSPITAL DONDE FUE TRATADO NAME OF DOCTOR OR HOSPITAL TO WHICH TAKEN		DIRECCION COMPLETA (COMPLETE ADDRESS)		TELEFONO NO. TELEPHONE NO.

**NOTA:** SI HAY MAS LESIONADOS EXPRESELO EN PAPEL APARTE CONTESTANDO LAS MISMAS PREGUNTAS DE ARRIBA  
**NOTE:** IF ADDITIONAL INJURED PERSONS ARE INVOLVED, LIST ON SEPARATE SHEET ANSWERING SAME QUESTIONS AS ABOVE.

f5) DAÑOS A LA PROPIEDAD AJENA (Use otro papel Si es necesario) DAMAGES TO THE PROPERTY OF OTHER	DUENO OWNER		DIRECCION ADDRESS		TEL. RES. RES. PHONE
	CHOFER NAME OF DRIVER		DIRECCION ADDRESS		TEL. NEGOCIO BUS PHONE
(used different sheet, if necessary)	DESCRIBA LOS DAÑOS, SI AUTO, EXPRESE: LIST DAMAGES, IF AUTO, STATE:				TEL. RES. RES. PHONE
	MARCA MAKE	TABLILLA LICENSE NO.	COSTO ESTIMADO REPARACION ESTIMATED COST OF REPAIRS	SI ASEGURADO, DIGA QUE COMPAÑIA Y NUM. DE POLIZA IF INSURED, STATE NAME OF COMPANY AND POLICY NUMBER	
				TEL. NEGOCIO BUS PHONE	
				AÑO YEAR	

(6) TESTIGOS	NOMBRE NAME	DIRECCION COMPLETA FULL ADDRESS	TELEFONO TELEPHONE	PASAJERO EN PASSENGER IN		OTROS(S) OTHER(S)
				AUTO ASEGURADO INSURED CAR	OTRO CARRO OTHER CAR	
(IMPORTANTES)				Marcar Uno	Check One	
WITNESSES						
(IMPORTANT)						

**DIGA SI EL ACCIDENTE FUE INFORMADO A LA ACCA?** \_\_\_\_\_  
Was accident reported to the ACCA?

**DIGA A QUE OFICINA REGIONAL DE LA ACCA SE INFORMO?** \_\_\_\_\_  
To what regional office was the accident reported?

**DIGA SI EL ACCIDENTE FUE INFORMADO A LA POLICIA?** \_\_\_\_\_ **QUERRELLA NO.** \_\_\_\_\_  
Was accident reported to the police?

**DIGA A QUE PUESTO POLICIACO FUE INFORMADO?** \_\_\_\_\_  
To what police station was accident reported?

**DIGA QUE ACCION TOMARON LAS AUTORIDADES CONTRA CADA UNA DE LAS PARTES?** \_\_\_\_\_  
Indicate the action taken by the authorities against each party

**DIGA EL NOMBRE Y NÚMERO DE LA PLACA DEL POLICIA QUE HIZO LA INVESTIGACION?** \_\_\_\_\_  
Indicate the name and badge number of the policeman who made the investigation

**DIGA A QUE VELOCIDAD IBA EL AUTOMOVIL ASEGURADO?** \_\_\_\_\_  
Indicate at what speed you were going

**DIGA EN QUE DIRECCION?** \_\_\_\_\_  
Indicate in what direction


**DIGA A QUE VELOCIDAD IBA EL OTRO AUTOMOVIL?** \_\_\_\_\_  
Indicate the speed of the other automobile

**DIGA EN QUE DIRECCION?** \_\_\_\_\_  
Indicate in what direction

**DIGA QUIEN TUVO LA CULPA DEL CCIDENTE?** \_\_\_\_\_  
Indicate who to blame for the accident

Complete el siguiente diagrama indicando la dirección y posición de los automóviles envueltos, designando claramente el punto de contacto.  
Complete the following diagram showing direction and positions of automobiles or property involved designating clearly point of contact.

Indique Puntos Cardinales  
Indicate points of Compass








N.S.E.W.



INDIQUE EL NOMBRE DE LAS CALLES, DIRECCIONES Y LOCALIZACIONES DE LOS OBJETOS ENVUELTOS  
GIVE THE STREET NAMES, DIRECTIONS AND LOCATIONS OF OBJECTS INVOLVED

**INSTRUCCIONES:**  
INSTRUCTIONS:

- (1) Enumere cada vehículo e indique la dirección en que viajaba con la flecha  Number each vehicles and show direction of travel by arrow
- (2) Use una línea sólida para indicar la trayectoria de cada vehículo antes del accidente  Use solid line to show path of each vehicle before accident
- (3) Señale motocicleta o bicicleta mediante  (4) Señale peatón mediante  Show motorcycle or bicycle
- (5) Señale ferrocarril mediante  Show rail road by

INDIQUE EN DETALLES COMO OCURRIO EL ACCIDENTE  
(STATE FULLY HOW THE ACCIDENT OCCURRED)

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

En \_\_\_\_\_, a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_\_\_\_  
Dated at \_\_\_\_\_ this \_\_\_\_\_ day of \_\_\_\_\_ of 20\_\_\_\_\_

Notificación hecha por :  
Notification made by :

Firma del Agente  
Signature of Agent or Broker

Firma del Asegurado o Chofer  
Signature of the Assured or driver

