

# Informe de accidente de Ryder

<b>Informado por</b>	Nombre de su empresa (si corresponde)		Su nombre: Apellido		Nombre		Número de reclamo (si corresponde)		
	Dirección postal			Ciudad		Estado	Cód. postal	Teléfono	
<b>Lugar y fecha</b>	Fecha del accidente	Hora del accidente <input type="checkbox"/> a.m. <input type="checkbox"/> p.m.		Lugar del accidente: Calle/Avda./etc.		Ciudad		Estado	
							Código postal		
<b>Persona que operaba el camión de Ryder</b>	Nombre del conductor: Apellido			Nombre					
	Dirección: Calle			Ciudad		Estado	Código postal		
	Número de licencia del conductor/Estado		Fecha de nacimiento	Teléfono de la casa	Teléfono de la oficina	Celular			
<b>Compañía para la cual conducía el conductor del camión de Ryder</b>	Nombre de la empresa			Nombre del contacto		Teléfono de la oficina			
	Dirección: Calle			Ciudad		Estado	Código postal		
<b>Camion de Ryder</b>	N.º de placa/Estado:	VIN	Año	Marca	Modelo	Unidad #			
<b>Otros involucrados o daños a la propiedad</b>	Nombre del dueño: Apellido		Nombre		Celular	Teléfono de la oficina	Teléfono de la casa		
	Dirección: Calle			Ciudad		Estado	Código postal		
	Nombre del conductor: Apellido		Nombre		Celular	Teléfono de la oficina	Teléfono de la casa		
	Dirección: Calle			Ciudad		Estado	Código postal		
	Descripción de los daños								
	Daños a la propiedad (Si es automóvil: Año/Marca/Modelo y Número de licencia)						Costo calculado \$		
	Información del seguro: Aseguradora/Número de póliza								
<b>¿Hubo algún herido?</b>	Nombre		Fecha de nacimiento	Teléfono		Tipo de heridas			
	Dirección: Calle			Ciudad					
	Estado		Código postal						
<b>Testigo</b>	Nombre		Dirección: Calle	Ciudad	Estado	Código postal	Teléfono		
<b>Describe el accidente</b>									
<b>Policía</b>	<input type="checkbox"/> Ciudad <input type="checkbox"/> Estado <input type="checkbox"/> Condado		Multa emitida <input type="checkbox"/> Conductor Ryder <input type="checkbox"/> Otro conductor		Tipo de infracción		Número de caso		
<b>Información miscelánea</b>	¿Se remolcó algún vehículo? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		Fatalidades ¿Cuántas? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		¿El herido fue retirado del lugar del accidente en ambulancia? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			Infracción de tránsito <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
	¿Fue remolcado el vehículo de Ryder? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		Otro vehículo remolcado <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		# de ocupantes del vehículo de Ryder		# de ocupantes del otro vehículo		# de otros vehículos
<b>Oficina de reclamos de Ryder: Fax: 800-677-8988</b> <b>Dirección de correo electrónico: ryder_claims@ryder.com</b>									

### Reclamantes/Testigos adicionales

<b>Personas adicionales involucradas o daños adicionales a la propiedad</b>	Nombre del dueño: Apellido		Nombre		Celular	Teléfono de la oficina	Teléfono de la casa
	Dirección: Calle			Ciudad		Estado	Código postal
	Nombre del conductor: Apellido		Nombre		Celular	Teléfono de la oficina	Teléfono de la casa
	Dirección: Calle			Ciudad		Estado	Código postal
	Descripción de los daños						
	Daños a la propiedad (Si es automóvil: Año/Marca/Modelo y Número de licencia)					Costo calculado \$	
	Información del seguro: Aseguradora/Número de póliza						
<b>¿Hubo algún herido?</b>	Nombre		Fecha de nacimiento	Teléfono		Tipo de heridas	
	Dirección: Calle Estado    Código postal			Ciudad			
	Nombre		Fecha de nacimiento	Teléfono		Tipo de heridas	
	Dirección: Calle Estado    Código postal			Ciudad			
<b>Personas adicionales involucradas o daños adicionales a la propiedad</b>	Nombre del dueño: Apellido		Nombre		Celular	Teléfono de la oficina	Teléfono de la casa
	Dirección: Calle			Ciudad		Estado	Código postal
	Nombre del conductor: Apellido		Nombre		Celular	Teléfono de la oficina	Teléfono de la casa
	Dirección: Calle			Ciudad		Estado	Código postal
	Descripción de los daños						
	Daños a la propiedad (Si es automóvil: Año/Marca/Modelo y Número de licencia)					Costo calculado \$	
	Información del seguro: Aseguradora/Número de póliza						
<b>¿Hubo algún herido?</b>	Nombre		Fecha de nacimiento	Teléfono		Tipo de heridas	
	Dirección: Calle Estado    Código postal			Ciudad			
	Nombre		Fecha de nacimiento	Teléfono		Tipo de heridas	
	Dirección: Calle Estado    Código postal			Ciudad			
<b>Testigo adicional</b>	Nombre		Dirección: Calle	Ciudad	Estado	Código postal	Teléfono
<b>Testigo adicional</b>	Nombre		Dirección: Calle	Ciudad	Estado	Código postal	Teléfono