



LAW FIRM OF  
**LAUB & LAUB**

A Professional Corporation

PERSONAL INJURY  
WORKERS COMPENSATION  
CRIMINAL DEFENSE  
BANKRUPTCY  
REAL ESTATE

**HOJA DE INFORMACION**  
**ACCIDENTE DE AUTOMOVIL**

Fecha de hoy: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Fecha del Accidente: \_\_\_\_\_ En que estado ocurrio el accidente? \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_

Su dirección: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ Numero de Seguro Social \_\_\_\_ - \_\_\_\_ - \_\_\_\_

No. De Licencia de conducir: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_

No. De teléfono: Casa \_\_\_\_\_ Trabajo: \_\_\_\_\_ Otro: \_\_\_\_\_

Estado Civil: (Circule uno) Casado      Soltero      Divorciado      Menor

Si es menor: Nombre/No.de teléfono de los padres: \_\_\_\_\_

Quien lo refirió a nuestras oficinas: \_\_\_\_\_

**PASAJEROS**

Habian pasajeros en su carro?    Si    No

Si su respuesta es afirmativa, por favor conteste la siguiente información:

Nombre: \_\_\_\_\_ Direccion: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado y Area Postal: \_\_\_\_\_

Relacion: \_\_\_\_\_

Esta lastimada esta persona?      Si    No



1148 Ski Run Blvd.  
South Lake Tahoe  
California, 96150  
(530) 577-LAUB  
Fax (530) 544-4920



711 S. Carson St., Suite 2  
Carson City  
Nevada, 89701  
(775) 883-LAUB  
Fax (775) 883-1527



10382 Donner Pass Rd.  
Truckee  
California, 96161  
(530) 587-LAUB  
Fax (530) 587-2367

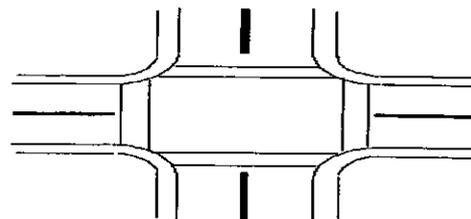


630 E. Plumb Lane  
Reno  
Nevada, 89502  
(775) 323-LAUB  
Fax (775) 323-3699



## DESCRIPCION DEL ACCIDENTE

Dibuje el accidente>



Por favor describa en detalle como paso el accidente:

---

---

---

---

Día de la semana: \_\_\_\_\_ Hora: \_\_\_\_\_

Lugar \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_

Calle en la que viajaba: \_\_\_\_\_

Calle en la que viajaba el otro conductor: \_\_\_\_\_

Su velocidad: \_\_\_\_\_ Velocidad del otro vehiculo: \_\_\_\_\_

Consumio alcohol o drogas 12 horas antes de el accidente? \_\_\_\_\_

Ha sufrido otras heridas o accidentes antes de este accidente? \_\_\_\_\_

Cuales fueron sus heridas en este accidente? (Por favor explique) \_\_\_\_\_

---

---

Tiene un historial de delitos graves? \_\_\_\_\_

Por favor explique \_\_\_\_\_

## REPORTE DE POLICIA

Estuvo la policía presente? SI NO

Nombre de la agencia de policía: \_\_\_\_\_

Fecha del reporte: \_\_\_\_\_ No. de Reporte: \_\_\_\_\_

Nombre del Oficial: \_\_\_\_\_

A quien le dieron una citación: (Ticket) \_\_\_\_\_

**INFORMACION DE LA PERSONA RESPONSABLE**  
**(CULPABLE)**

Nombre del Dueño del vehículo: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Nombre del chofer del vehículo: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_      Numero de Licencia: \_\_\_\_\_

Numero de Telefono: \_\_\_\_\_

Tipo de Vehículo: \_\_\_\_\_      Color: \_\_\_\_\_

Compañía de Seguros: \_\_\_\_\_

Tipo de Poliza \_\_\_\_\_      Numero de Caso: \_\_\_\_\_

Nombre del Adjustador: \_\_\_\_\_      No. de teléfono: \_\_\_\_\_

Lo han llamado de este seguro?:    SI    NO

Quien?: \_\_\_\_\_

**INFORMACION DE SU VEHICULO O COMPANIA**  
**DE SEGUROS**

Nombre del dueño del vehículo: \_\_\_\_\_

Dirección (si es diferente de la suya): \_\_\_\_\_

Tipo de vehículo: \_\_\_\_\_      Color: \_\_\_\_\_

Danos al vehículo: \_\_\_\_\_      Costos de reparación: \_\_\_\_\_

Compañía de seguros: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Nombre del asegurado: \_\_\_\_\_

Numero de Poliza: \_\_\_\_\_      Numero de Caso: \_\_\_\_\_

Nombre de ajustador: \_\_\_\_\_

Tipo de cobertura: \_\_\_\_\_      Limites: \_\_\_\_\_

Tiene usted su vehículo aquí el día de hoy?:    SI    NO

**INFORMACION DE LOS TESTIGOS**

**Hubieron testigos presentes en el lugar del accidente: SI NO**

**Nombre:** \_\_\_\_\_

**Direccion/ No. de telefono:** \_\_\_\_\_

**INFORMACION ACERCA DE SU EMPLEO**

**En donde trabaja:** \_\_\_\_\_

**Direccion:** \_\_\_\_\_

**Numero de teléfono:** \_\_\_\_\_ **Fax:** \_\_\_\_\_

**Ocupacion:** \_\_\_\_\_

**Supervisor:** \_\_\_\_\_

**Ha perdido horas de trabajo debido al accidente?: SI NO**

**Cuantas horas o días?:** \_\_\_\_\_

**Salario mensual:** \_\_\_\_\_ **Salario por hora:** \_\_\_\_\_

**INFORMACION DE SUS DOCTORES**

**Nombre: (doctor,hospital,ect.)**

**Numero de teléfono:**

1. \_\_\_\_\_

2. \_\_\_\_\_

3. \_\_\_\_\_

**Ambulancia en el accidente?: SI NO**

**Rescate por helicóptero?: SI NO**