

Law Offices of Michael J. Gopin

Fecha de hoy: _____, 200__

Information Del Cliente

Nombre Completo: _____

Telefono: (____) _____ Celular: (____) _____

SS# _____ - _____ - _____ Fecha/Nacimiento: _____ Edad: _____

Direccion _____

Ciudad: _____ Estad: _____ Zona Postal: _____

Direccion Postal(si deferente): _____

Cuidad: _____ Estado: _____ Zona Postal: _____

Correo electronico(E-Mail) _____

Information De Empleo:

Nombre de compania: _____ Ocupacion: _____

Telefono: (____) _____

Estado Civil: _____ # de hijos: _____

Si llamada de emergencia: _____ Relacion: _____

Tel./casa: (____) _____ Tel./Trabajo: (____) _____

INFORMATION DE CONGUYE

Nombre de Conyuge: _____ Fecha/Nacimiento: _____

Edad: _____ SS# _____ - _____ - _____

Tel./Trabajo:(____) _____ Celular: (____) _____

Nombre de compania: _____ Ocupacion: _____

INFORMATION SOBRE EL ACCIDENTE

Fecha de Accidente: _____ Aproximadamente la hora del accidente:

a.m. _____ : _____ p.m.

Numero de Caso(si esta disponible): _____ Localizacion del Accidente:

_____ Lastimaduras: _____

Su Accidente Ocurrio durante horas de trabajo? Si _____ No _____

Como fue referida(o) a esta oficina? _____

FILE # _____

Sus lastimaduras se relacionan con un accidente de trafico? Si _____ No _____

Cuantos vehiculos estuvieron involucrados en el accidente? _____

Cuantos pasajeros estadan en su vehiculo? _____

Era usted el conductor o un pasajero? _____

Bolsas de aire desplegaron? Si _____ No _____ Si es asi, cual? _____

Fue Multado? _____ Si es asi, por que? _____

Usted ha faltado al trabajo debido a el accidente? Si _____ No _____

Usted ha hablado con cualquier persona de compania de aseguransa sobre este accidente? Si _____ No _____

Usted ha dado una declaracion registrada/ grabada a cualquier persona con respecto a este accidente? Si _____ No _____

INFORMATION SOBRE SU VEHICULO

Ano: _____ Tipo: _____ Modelo: _____

Dueno de vehiculo? Uno mismo _____ Si otro, quien? _____
Relacion _____

Fue su vehiculo remolcado de la escena de accidente? Si _____ No _____

Donde esta su vehiculo localizado? _____

Se puede manejar su vehiculo? Si _____ No _____

Esta su vehiculo financiado con alguien? Si _____ No _____ Si es a si, con quien? _____

INFORMATION SOBRE SU ASEGURANZA

Nombre de Aseguranza: _____

Direccion: _____

Contacto: _____ Telefono: (_____) _____

Nombre del asegurado: _____ Conductores Excluidos: _____

#Poliza/Reclamo _____

Cobertura ("x" si aplica):

Liability _____ Collision _____ Comprehensive _____ UIM _____ PIP _____ Med Pay _____

INFORMATION SOBRE LA ASEGURANZA DEL ACUSADO

Nombre de Aseguranza: _____

Direccion: _____

Contacto: _____ Telefono: (____) _____

Nombre del asegurado: _____ Dueño del vehiculo: _____

#Poliza/reclamo _____

INFORMATION SOBER ASEGURANZA MEDICA

Tiene aseguranza medica? Si _____ No _____

Si es asi , Nombre del la compania: _____

Usted tiene Medicaid or Medicare? Si _____ No _____

Si es asi, numero de caso # _____

INFORMATION SOBRE TRATAMIENTO MEDICO

Se fue en la ambulancia? Si _____ No _____

Nombre de Hospital: _____ Radiografias
tomadas?: _____

Nombre de Medicos: _____

Referido a: _____

Alguna otro lesion/ accidente? No _____ Si _____ Cuando _____

COMO OCCURIO EL ACCIDENTE

OTROS PASAJEROS

NOMBRE: _____

FECHA/NACIMEINTO: _____ EDAD: _____ SS#: _____

Se fue en la ambulancia? Si _____ No _____

Hospital: _____

Nombre de Medico(s): _____

Referido a: _____

Alguna otro lesion/ accidente? No _____ Si _____ Cuando _____

NOMBRE: _____

FECHA/NACIMEINTO: _____ EDAD: _____ SS#: _____

Se fue en la ambulancia? Si _____ No _____

Hospital: _____

Nombre de Medico(s): _____

Referido a: _____

Alguna otro lesion/ accidente? No _____ Si _____ Cuando _____

NOMBRE: _____

FECHA/NACIMEINTO: _____ EDAD: _____ SS#: _____

Se fue en la ambulancia? Si _____ No _____

Hospital: _____

Nombre de Medico(s): _____

Referido a: _____