



# Automobile Claim Reporting Worksheet and Guide

## Formulario y Guía de Informe de Reclamo de Automóvil



**DO NOT DELAY IN REPORTING IF YOU DO NOT HAVE ANSWERS TO ALL THE QUESTIONS.**

**PLEASE EMAIL YOUR COMPLETED FORM TO [SpanishFirstReport@travelers.com](mailto:SpanishFirstReport@travelers.com) OR CALL 1.800.238.6225.**

**NO DEMORE EN INFORMAR SI NO TIENE RESPUESTAS A TODAS LAS PREGUNTAS.**

**POR FAVOR, ENVÍE POR CORREO ELECTRÓNICO SU FORMULARIO COMPLETADO A**

**[SpanishFirstReport@travelers.com](mailto:SpanishFirstReport@travelers.com) O LLAME AL 1-800-238-6225.**

### ACCOUNT INFORMATION INFORMACIÓN DE LA CUENTA

PREPARER'S PHONE NUMBER & EMAIL ADDRESS  
NÚMERO DE TELÉFONO DEL PREPARADOR Y DIRECCIÓN  
DE CORREO ELECTRÓNICO

PREPARER'S NAME AND TITLE  
NOMBRE Y TÍTULO DEL PREPARADOR

GARAGE STATE  
(STATE WHERE VEHICLE IS GARAGED)  
ESTADO DE ESTACIONAMIENTO  
(ESTADO DEL LUGAR DONDE EL VEHÍCULO  
SE GUARDA)

SUBSIDIARY (COMPANY) NAME AND ADDRESS  
NOMBRE Y DIRECCIÓN DE SUBSIDIARIA (COMPAÑÍA)

SUBSIDIARY (COMPANY) MAILING ADDRESS (IF DIFFERENT FROM ABOVE)  
DIRECCIÓN DE CORREO DE SUBSIDIARIA (COMPAÑÍA) (SI ES DIFERENTE DE LA ANTERIOR)

DID THE LOSS OCCUR AT THE LOCATION ADDRESS? ¿OCURRIÓ LA PÉRDIDA EN LA DIRECCIÓN DE LA UBICACIÓN?

YES/ sí  NO IF NO, ADDRESS WHERE ACCIDENT OCCURRED SI LA RESPUESTA ES NO, DIRECCIÓN DONDE OCURRIÓ EL ACCIDENTE

DATE AND TIME OF LOSS FECHA Y HORA DE LA PÉRDIDA

BRIEF DESCRIPTION OF LOSS BREVE DESCRIPCIÓN DE LA PÉRDIDA

PARENT COMPANY/INSURED'S NAME  
NOMBRE DE LA COMPAÑÍA MATRIZ/DEL ASEGURADO

LOCATION CODE  
CÓDIGO DE LA UBICACIÓN

POLICY SYMBOL AND NUMBER  
SÍMBOLO Y NÚMERO DE LA PÓLIZA

### INSURED VEHICLE VEHÍCULO ASEGURADO

DOES INSURED OWN VEHICLE? (IF "NO", OWNER'S NAME, ADDRESS AND PHONE NUMBER)

¿EL VEHÍCULO ES DE PROPIEDAD DEL ASEGURADO? (SI LA RESPUESTA ES "NO", NOMBRE DEL PROPIETARIO, DIRECCIÓN Y NÚMERO DE TELÉFONO)

INSURED VEHICLE YEAR, MAKE, MODEL, VEHICLE IDENTIFICATION NUMBER, PLATE STATE AND NUMBER

AÑO, MARCA, MODELO, NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN DEL VEHÍCULO, ESTADO Y NÚMERO DE LA PLACA DEL VEHÍCULO ASEGURADO

INSURED VEHICLE DRIVER NAME, ADDRESS, PHONE NUMBER, RELATIONSHIP TO THE INSURED, DATE OF BIRTH, DRIVER LICENSE STATE AND NUMBER  
NOMBRE, DIRECCIÓN, NÚMERO DE TELÉFONO, RELACIÓN CON EL ASEGURADO, FECHA DE NACIMIENTO, ESTADO Y NÚMERO DE LICENCIA DE CONDUCIR DEL CONDUCTOR DEL VEHÍCULO ASEGURADO

WAS THE INSURED VEHICLE DAMAGED? (IF YES, DESCRIPTION OF DAMAGE)

¿FUE DAÑADO EL VEHÍCULO ASEGURADO? (SI LA RESPUESTA ES SÍ, DESCRIPCIÓN DEL DAÑO)

IS THERE A WRITTEN ESTIMATE OR REPAIR/REPLACEMENT BILL FOR THE DAMAGE? IF YES, AMOUNT.

¿HAY UN PRESUPUESTO ESCRITO O UNA FACTURA DE REPARACIÓN/REEMPLAZO POR EL DAÑO? SI LA RESPUESTA ES SÍ, INDICAR CANTIDAD.

IS VEHICLE DRIVEABLE? ¿EL VEHÍCULO SE PUEDE MANEJAR?

YES/ sí  NO

DID AIR BAGS DEPLOY? ¿SE ACTIVARON LAS BOLSAS DE AIRE?

YES/ sí  NO

ATTORNEY INFORMATION (IF REPRESENTED) INFORMACIÓN DEL ABOGADO (SI ESTÁ REPRESENTADO)

**WAS ANYONE INJURED IN THE INSURED VEHICLE? IF YES, PLEASE PROVIDE THE FOLLOWING INFORMATION FOR EACH INJURED PERSON IN INSURED'S VEHICLE:**

¿ALGUIEN RESULTÓ HERIDO EN EL VEHÍCULO ASEGURADO? SI LA RESPUESTA ES SÍ, FAVOR DE PROPORCIONAR LA SIGUIENTE INFORMACIÓN POR CADA PERSONA HERIDA EN EL VEHÍCULO DEL ASEGURADO:

NAME NOMBRE

BUSINESS AND HOME PHONE NUMBERS AND EMAIL ADDRESS NÚMEROS DE TELÉFONOS LABORAL Y DEL HOGAR Y DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO

ADDRESS DIRECCIÓN

RELATIONSHIP OF THE INJURED TO THE ACCIDENT (INSURED DRIVER, MEMBER OF INSURED HOUSEHOLD, GUEST IN INSURED VEHICLE, OR PEDESTRIAN)  
RELACIÓN DEL LESIONADO CON EL ACCIDENTE (CONDUCTOR ASEGURADO, MIEMBRO DEL HOGAR DEL ASEGURADO, INVITADO EN EL VEHÍCULO ASEGURADO O PEATÓN)

DATE OF BIRTH  
FECHA DE NACIMIENTO

GENDER  
SEXO

DESCRIPTION OF INJURY DESCRIPCIÓN DE LA LESIÓN

MEDICAL FACILITY (IF TREATMENT RECEIVED) ESTABLECIMIENTO MÉDICO (SI SE RECIBIÓ TRATAMIENTO)

ATTORNEY INFORMATION (IF REPRESENTED) INFORMACIÓN DEL ABOGADO (SI ESTÁ REPRESENTADO)

**OTHER'S PROPERTY DAMAGE AND INJURY INFORMATION**

**WAS ANY OTHER VEHICLE DAMAGED? IF YES, PLEASE PROVIDE THE FOLLOWING INFORMATION:**

INFORMACIÓN SOBRE DAÑOS A LA PROPIEDAD DE OTRAS PERSONAS Y LESIONES

¿HUBO ALGÚN OTRO VEHÍCULO DAÑADO? SI LA RESPUESTA ES SÍ, FAVOR DE PROPORCIONAR LA SIGUIENTE INFORMACIÓN:

OWNER'S NAME NOMBRE DEL DUEÑO

BUSINESS AND HOME PHONE NUMBERS AND EMAIL ADDRESS  
NÚMEROS DE TELÉFONOS LABORAL Y DEL HOGAR Y DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO

ADDRESS DIRECCIÓN

DAMAGED VEHICLE INFORMATION (YEAR, MAKE, MODEL, VEHICLE IDENTIFICATION NUMBER, COLOR, PLATE STATE AND NUMBER)  
INFORMACIÓN DEL VEHÍCULO DAÑADO (AÑO, MARCA, MODELO, NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN DEL VEHÍCULO, COLOR, ESTADO Y NÚMERO DE LA PLACA)

DESCRIPTION OF DAMAGE DESCRIPCIÓN DEL DAÑO

IS THERE A WRITTEN ESTIMATE OR REPLACEMENT BILL FOR THE DAMAGE? IF YES, AMOUNT  
¿HAY UN PRESUPUESTO ESCRITO O UNA FACTURA DE REEMPLAZO POR EL DAÑO? SI LA RESPUESTA ES SÍ, INDICAR CANTIDAD.

DID AIRBAGS DEPLOY?  
 YES/sí  NO

OTHER INSURANCE CARRIER INFORMATION (NAME AND POLICY NUMBER)  
OTRA INFORMACIÓN DEL PROVEEDOR DE SEGUROS (NOMBRE Y NÚMERO DE LA PÓLIZA)

ATTORNEY INFORMATION (IF REPRESENTED) INFORMACIÓN DEL ABOGADO (SI ESTÁ REPRESENTADO)

**WAS ANY OTHER PROPERTY DAMAGED? IF YES, PLEASE PROVIDE THE FOLLOWING INFORMATION:**

¿ALGUNA OTRA PROPIEDAD HA SIDO DAÑADA? SI LA RESPUESTA ES SÍ, FAVOR DE PROPORCIONAR LA SIGUIENTE INFORMACIÓN:

|   |  |
|---|--|
| <b>OWNER/BUSINESS NAME</b> NOMBRE DEL PROPIETARIO/NEGOCIO | <b>BUSINESS AND HOME PHONE NUMBERS AND EMAIL ADDRESS</b><br>NÚMEROS DE TELÉFONOS LABORAL Y DEL HOGAR Y DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO |
|---|--|

**OWNER/BUSINESS ADDRESS** DIRECCIÓN DEL PROPIETARIO/NEGOCIO**DESCRIPTION OF DAMAGED PROPERTY** DESCRIPCIÓN DE LA PROPIEDAD DAÑADA**IS A WRITTEN ESTIMATE OR REPAIR/REPLACEMENT BILL FOR THE DAMAGE AVAILABLE? IF YES, AMOUNT**¿HAY UN PRESUPUESTO ESCRITO O UNA FACTURA DE REPARACIÓN/REEMPLAZO DISPONIBLES POR EL DAÑO? SI LA RESPUESTA ES SÍ, INDICAR CANTIDAD.**ATTORNEY INFORMATION (IF REPRESENTED)** INFORMACIÓN DEL ABOGADO (SI ESTÁ REPRESENTADO)**WAS ANYONE INJURED IN ANY OF THE OTHER VEHICLES INVOLVED? IF YES, PLEASE PROVIDE THE FOLLOWING INFORMATION:**¿ALGUIEN RESULTÓ HERIDO EN ALGUNO DE LOS OTROS VEHÍCULOS INVOLUCRADOS? SI LA RESPUESTA ES SÍ, FAVOR DE PROPORCIONAR LA SIGUIENTE INFORMACIÓN:

|                    |  |
|--------------------|--|
| <b>NAME</b> NOMBRE | <b>BUSINESS AND HOME PHONE NUMBERS AND EMAIL ADDRESS</b><br>NÚMEROS DE TELÉFONOS LABORAL Y DEL HOGAR Y DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO |
|--------------------|--|

**ADDRESS** DIRECCIÓN**RELATIONSHIP OF THE INJURED TO THE ACCIDENT (DRIVER OR OCCUPANT OF OTHER VEHICLE, PEDESTRIAN)**

RELACIÓN DEL LESIONADO CON EL ACCIDENTE (CONDUCTOR U OCUPANTE DE OTRO VEHÍCULO, PEATÓN)

**DATE OF BIRTH** FECHA DE NACIMIENTO**GENDER** SEXO**DESCRIPTION OF INJURY** DESCRIPCIÓN DE LA LESIÓN**MEDICAL FACILITY (IF TREATMENT RECEIVED)**  
ESTABLECIMIENTO MÉDICO (SI SE RECIBIÓ TRATAMIENTO)**ATTORNEY INFORMATION (IF REPRESENTED)**  
INFORMACIÓN DEL ABOGADO (SI ESTÁ REPRESENTADO)**WITNESSES (NAMES, ADDRESSES, AND PHONE NUMBERS)** TESTIGOS (NOMBRES, DIRECCIONES Y NÚMEROS DE TELÉFONO)**AUTHORITIES - AMBULANCE/FIRE/POLICE (NAME, REPORT/CASE NUMBER, COUNTY, ANY VIOLATIONS/CITATIONS)**  
AUTORIDADES - AMBULANCIA/BOMBEROS/POLICÍA (NOMBRE, NÚMERO DE INFORME/CASO, CONDADO, CUALQUIER VIOLACIÓN/CITA)**INSURED CONTACT INFORMATION** INFORMACIÓN DE CONTACTO DEL ASEGURADO**CONTACT NAME, PHONE NUMBER, EMAIL ADDRESS** NOMBRE DE CONTACTO, NÚMERO DE TELÉFONO, DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO**ADDITIONAL NOTES/COMMENTS OR CUSTOMER SPECIFIC INFORMATION** NOTAS/COMENTARIOS ADICIONALES O INFORMACIÓN ESPECÍFICA DEL CLIENTE

travelers.com

The Travelers Indemnity Company and its property casualty affiliates. One Tower Square, Hartford, CT 06183 / Travelers Indemnity Company y sus afiliadas de seguros de propiedad y accidente. One Tower Square, Hartford, CT 06183

This material is for informational purposes only. All statements herein are subject to the provisions, exclusions and conditions of the applicable policy. For an actual description of all coverages, terms and conditions, refer to the insurance policy. Coverages are subject to individual insureds meeting our underwriting qualifications and to state availability. / Este material es exclusivamente para fines informativos. Todas las declaraciones de este material están sujetas a las disposiciones, exclusiones y condiciones de la póliza aplicable. Para obtener una descripción exacta de todas las coberturas, los términos y las condiciones, consulte la póliza de seguros. Las coberturas dependen de que los asegurados individuales satisfagan nuestros requisitos de suscripción y de la disponibilidad del estado.

CE-10344 New 11-17