

Informe de accidente de Ryder

Informado por	Nombre de su empresa (si corresponde)		Su nombre: Apellido		Nombre		Número de reclamo (si corresponde)		
	Dirección postal			Ciudad		Estado	Cód. postal	Teléfono	
Lugar y fecha	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		
Persona que operaba el camión de Ryder	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			
Compañía para la cual conducía el conductor del camión de Ryder	Nombre de la empresa			Nombre del contacto		Teléfono de la oficina			
	Dirección: Calle			Ciudad		Estado	Código postal		
Camion de Ryder	N.º de placa/Estado:	VIN	Año	Marca	Modelo	Unidad #			
Otros involucrados o daños a la propiedad	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									
¿Hubo algún herido?	Nombre			Fecha de nacimiento	Teléfono		Tipo de heridas		
	Dirección: Calle			Ciudad					
	Estado		Código postal						
	Nombre			Fecha de nacimiento	Teléfono		Tipo de heridas		
Dirección: Calle			Ciudad						
Estado		Código postal							
Testigo	Nombre		Dirección: Calle	Ciudad	Estado	Código postal	Teléfono		
Describe el accidente									
Policía	<input type="checkbox"/> Ciudad <input type="checkbox"/> Estado <input type="checkbox"/> Condado		Multa emitida <input type="checkbox"/> Otro conductor A		Tipo de infracción		Número de caso		
Información miscelánea	¿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
Oficina de reclamos de Ryder: Fax: 800-677-8988 Dirección de correo electrónico: ryder_claims@ryder.com									

Reclamantes/Testigos adicionales

Personas adicionales involucradas o daños adicionales a la propiedad	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							
¿Hubo algún herido?	Nombre		Fecha de nacimiento	Teléfono		Tipo de heridas		
	Dirección: Calle			Ciudad				
	Estado		Código postal					
	Nombre		Fecha de nacimiento	Teléfono		Tipo de heridas		
Dirección: Calle			Ciudad					
Estado		Código postal						
Personas adicionales involucradas o daños adicionales a la propiedad	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							
¿Hubo algún herido?	Nombre		Fecha de nacimiento	Teléfono		Tipo de heridas		
	Dirección: Calle			Ciudad				
	Estado		Código postal					
	Nombre		Fecha de nacimiento	Teléfono		Tipo de heridas		
Dirección: Calle			Ciudad					
Estado		Código postal						
Testigo adicional	Nombre		Dirección: Calle	Ciudad	Estado	Código postal	Teléfono	
Testigo adicional	Nombre		Dirección: Calle	Ciudad	Estado	Código postal	Teléfono	