

**AVISO GENERAL DE LA PÉRDIDA DE LA RESPONSABILIDAD  
POR FAVOR IMPRESIÓN CLARAMENTE**

Cuando el fax terminado a 610-783-5736 o entrega a Karen Riley en la oficina de KOP

Localización del accidente	Fecha del accidente
Empleado más bien informado sobre incidente	Época del accidente AM PM

**DAÑOS MATERIALES O INFORMACIÓN DE LESIÓN**

Nombre, dueño o dañado			
Estado y cierre relámpago de ciudad de la dirección			
El teléfono, incluye cualquier número de teléfono de la célula			
Fecha de nacimiento	Edad	Número de Seguridad Social	
Circunde todos que se apliquen: varón    hembra    solo    casado    divorciado    widowed    empleado    retirado    estudiante    característica solamente			
Complicación de condiciones médicas: es decir. diabetes, tensión arterial alta, asma, etc			
El equipo pesado implicó:	Quién que conduce:	Utilizado con el permiso: si    no	Daños de los asegurados

**INFORMACIÓN DE ACCIDENTE**

Fecha que le hicieron enterado	La demanda es: hurto    lesión corporal    daños de los asegurados    pagos médicos    daños materiales    fuego    producto						
Descripción del accidente							
Testigos:							
Autoridad entrada en contacto con: Informe #:				Violaciones:			
Está esto un accidente cuestionable:    sí    no		\$\$ Estimación de daños					
Subrogación: Es cualquier persona, la compañía o la maquinaria responsable de lesión:    sí    no    Si sí, dé los detalles							
Cualquier información adicional:							
Nombre y firma de la persona que terminan informe						Hoy fecha:	