

**DECLARACIÓN DE ACCIDENTE AUTOMOVILÍSTICO  
SIN LESIONES**

Yo viajaba en el vehículo conducido por \_\_\_\_\_  
cuando éste se vio involucrado en un accidente el día \_\_\_\_\_ en o cerca de

Además de mí, los únicos pasajeros en el vehículo eran \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_.

Según mi entender, nadie en nuestro vehículo sufrió lesión física alguna. Yo no sufrí ninguna lesión física. No he recibido atención médica alguna y no he sufrido de ningún perjuicio financiero como resultado de este accidente.

**TESTIGO(S):**

**FIRMA(S):**

\_\_\_\_\_  
Testigo  
\_\_\_\_\_  
Testigo  
\_\_\_\_\_  
Número de reclamación

\_\_\_\_\_  
Firma  
\_\_\_\_\_  
Fecha