

ACCIDENT REPORT KIT

CONJUNTO PARA REPORTE DE ACCIDENTE

Keep this kit in the vehicle at all times.

This information is for the driver's use only; it is not to take the place of a regular accident report.

When you have an accident YOU MUST:

- A. Stop immediately
- B. Send for the police. If someone is injured, ask for medical assistance.
- C. Take safety precautions as required by law. If possible, take steps to prevent further accidents—park safely, set out warning devices.
- D. Give other drivers your name and address, your company's name and address, the vehicle's license plate number and your driver's license number.
- E. Complete the Drivers Accident Report, inside this envelope.
- F. Have any available witness(es) fill out one of the white cards inside this envelope.
- G. Discuss the specifics of the accident **only with the police and your employer**. Do not make any comments regarding responsibility for the accident.
- H. Notify your employer or supervisor immediately. Submit the completed reports and cards from this envelope to your employer as soon as possible.

Phone number of employer or supervisor: _____

Mantenga este conjunto en el vehículo en todo momento.

Esta información es para el uso del conductor del vehículo solamente. No debe reemplazar un reporte de accidente tradicional.

En Caso De Accidente Proceda De La Sig Uiente Manera:

- A. Deténgase inmediatamente.
- B. Avise a la policía. Si alguien ha sufrido heridas, pida asistencia médica.
- C. Tome precauciones de seguridad. Si es posible, tome medidas para evitar nuevos accidentes: mueva su vehículo a un lugar seguro, ponga señales de alerta visibles para otros vehículos.
- D. Dé su nombre, dirección, nombre de su compañía y dirección, el número de placa del vehículo y su número de licencia de conducir a los otros conductores.
- E. Llene el Reporte de accidente para conductores.
- F. Haga que uno de los testigos disponibles llene uno de los Cuestionarios para testigos.
- G. Hable de los detalles del accidente **únicamente con la policía y con su empleador**. No haga ningún comentario sobre la posible responsabilidad del accidente.
- H. Notifique lo ocurrido a su empleador o supervisor lo antes posible. Una vez llenados, entregue los reportes y cuestionarios cuanto antes a su empleador.

Número de teléfono de su empleador o supervisor: _____

DRIVERS ACCIDENT REPORT FORMA DE REPORTE DE ACCIDENTE

Do not talk to anyone about the accident except your employer, the police or your Safeco representative. Please be courteous.

No hable con nadie acerca del accidente excepto su empleador, la policía, o un representante de Safeco. Sírvase ser cortés.

Date Fecha: _____ Time Hora: _____ A.M. P.M.

Location of accident *Lugar del accidente*: _____

| | | | | | |
|-----------------------------------|---|---|---|--|-------------------------------------|
| Conditions: Road Camino | — | <input type="checkbox"/> Dry Seco | <input type="checkbox"/> Wet Mojado | <input type="checkbox"/> Snow Nieve | <input type="checkbox"/> Ice Hielo |
| <i>Condiciones</i> Weather Tiempo | — | <input type="checkbox"/> Rain Lluvia | <input type="checkbox"/> Snow Nieve | <input type="checkbox"/> Clear Despejado | <input type="checkbox"/> Fog Niebla |
| Light Visibilidad | — | <input type="checkbox"/> Daylight Luz de día | <input type="checkbox"/> Dark Oscuro | <input type="checkbox"/> Dusk Anocheciendo | |
| Highway Carretera | — | <input type="checkbox"/> Divided con separación | <input type="checkbox"/> Undivided sin separación | | |

Number of Lanes *Número de líneas de tráfico*: _____

Which vehicle were you operating? *¿Cuál vehículo se encontraba usted manejando?*

Vehicle *Vehículo*: _____ Plate # *Número de Placa*: _____

Unit # *Número de Unidad*: _____ Name of Employer *Nombre del empleador*: _____

Address *Dirección*: _____

City/State *Ciudad/Estado*: _____

OTHER DRIVER(S) AND VEHICLE(S) CONDUCTOR (otros)

1. Name of Vehicle Owner *Nombre del dueño del vehículo*: _____
Address *Dirección*: _____
City/State *Ciudad/Estado*: _____
Name of Driver *Nombre del conductor*: _____
Address *Dirección*: _____
City/State *Ciudad/Estado*: _____
Operator/Driver License *Número de licencia*: # _____ State *Estado*: _____
Vehicle Description *vehículo*: _____ Yr. *Año*: _____ Plate # *Número de Placa*: _____
Insurance Co. *Compañía de aseguranza*: _____ Policy # *Número de Póliza*: _____

2. Name of vehicle owner *Nombre del dueño del vehículo*: _____
Address *Dirección*: _____
City/State *Ciudad/Estado*: _____
Name of Driver *Nombre del conductor*: _____
Address *Dirección*: _____
City/State *Ciudad/Estado*: _____
Operator/Driver License *Número de licencia*: # _____ State *Estado*: _____
Vehicle Description *vehículo*: _____ Yr. *Año*: _____ Plate # *Número de Placa*: _____
Insurance Co. *Compañía de aseguranza*: _____ Policy # *Número de Póliza*: _____

DRIVER (YOURSELF) CONDUCTOR (usted)

Name *Nombre*: _____
Address *Dirección*: _____
City/State *Ciudad/Estado*: _____
Name of Driver *Nombre del conductor*: _____
Phone *Teléfono*: Home *del hogar*: _____
Business *del trabajo*: _____
Other occupants in vehicle *otros ocupantes en el vehículo*:
Name *Nombre* 1. _____
Name *Nombre* 2. _____
Name of investigating officer *Nombre del oficial de policia investigador*: _____
Badge # *Número de identificación del oficial de policia*: _____
Station assignment of officer *Estación de policia del oficial de policia*: _____

WITNESSES NOMBRES DE LOS TESTIGOS (dé al testigo la tarjeta del cuestionario)

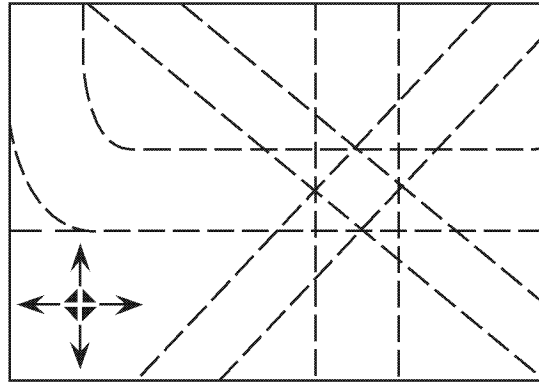
List names of any witnesses below. Provide them with a witness card. Ask them to please fill it out for you.

1. _____
2. _____
3. _____

DRIVER (YOURSELF) CONDUCTOR (usted)

Diagram vehicle locations at time of accident. *Haga un dibujo que muestre las ubicaciones de los vehículos en el momento del accidente.*

Speed of your vehicle? *¿Cuál era la velocidad de su vehículo?* _____ mph



Indicate directions on above arrows
Indique las direcciones con flechas.
Show vehicles. *Muestre los vehículos.*

1
Yours
Suyo

2
Other
Otra

Details *Detalles:*

Damage to your vehicle. *Daños hechos a su vehículo:*

Injured people? *¿Hubo personas que sufrieron heridas?*

Yes No If yes, use injury questionnaire. *En caso afirmativo, utilice el Cuestionario para personas heridas.*

INJURY QUESTIONNAIRE CUESTIONARIO PARA PERSONAS HERIDAS

If there were any injured parties as the result of the accident, fill out the following information:

Name *Nombre:* _____ Date *Fecha:* _____

Address *Dirección:* _____

City/State *Ciudad/Estado:* _____ Zip *Código postal:* _____

Extent or type of injury seen *Alcance o tipo de heridas que usted vio:* _____

Where was injured taken? *¿Adónde se trasladó la persona herida?* _____

Address *Dirección:* _____

By Ambulance? *¿En ambulancia?* _____

By Other? *¿Por otro medio?* _____

Remarks *Observaciones:* _____

INJURY QUESTIONNAIRE CUESTIONARIO PARA PERSONAS HERIDAS

If there were any injured parties as the result of the accident, fill out the following information:

Name *Nombre:* _____ Date *Fecha:* _____

Address *Dirección:* _____

City/State *Ciudad/Estado:* _____ Zip *Código postal:* _____

Extent or type of injury seen *Alcance o tipo de heridas que usted vio:* _____

Where was injured taken? *¿Adónde se trasladó la persona herida?* _____

Address *Dirección:* _____

By Ambulance? *¿En ambulancia?* _____

By Other? *¿Por otro medio?* _____

Remarks *Observaciones:* _____

WITNESS QUESTIONNAIRE CUESTIONARIO PARA TESTIGOS

The company requires that all vehicle accidents be reported accurately. Your assistance to our driver by filling in this card is appreciated.

Name *Nombre:* _____ Date *Fecha:* _____

Address *Dirección:* _____ Phone *Teléfono:* _____

City/State *Ciudad/Estado:* _____ Zip *Código postal:* _____

Did you see the accident? *¿Vio usted el accidente?* Yes No

Was anyone injured? *¿Hubo heridos?* Yes No

Were you involved in the accident? *¿Estuvo usted involucrado en el accidente?* Yes No

In your own words, describe what happened *Describe con sus propias palabras lo que ocurrió:*

WITNESS QUESTIONNAIRE CUESTIONARIO PARA TESTIGOS

The company requires that all vehicle accidents be reported accurately. Your assistance to our driver by filling in this card is appreciated.

Name *Nombre:* _____ Date *Fecha:* _____

Address *Dirección:* _____ Phone *Teléfono:* _____

City/State *Ciudad/Estado:* _____ Zip *Código postal:* _____

Did you see the accident? *¿Vio usted el accidente?* Yes No

Was anyone injured? *¿Hubo heridos?* Yes No

Were you involved in the accident? *¿Estuvo usted involucrado en el accidente?* Yes No

In your own words, describe what happened *Describe con sus propias palabras lo que ocurrió:*
