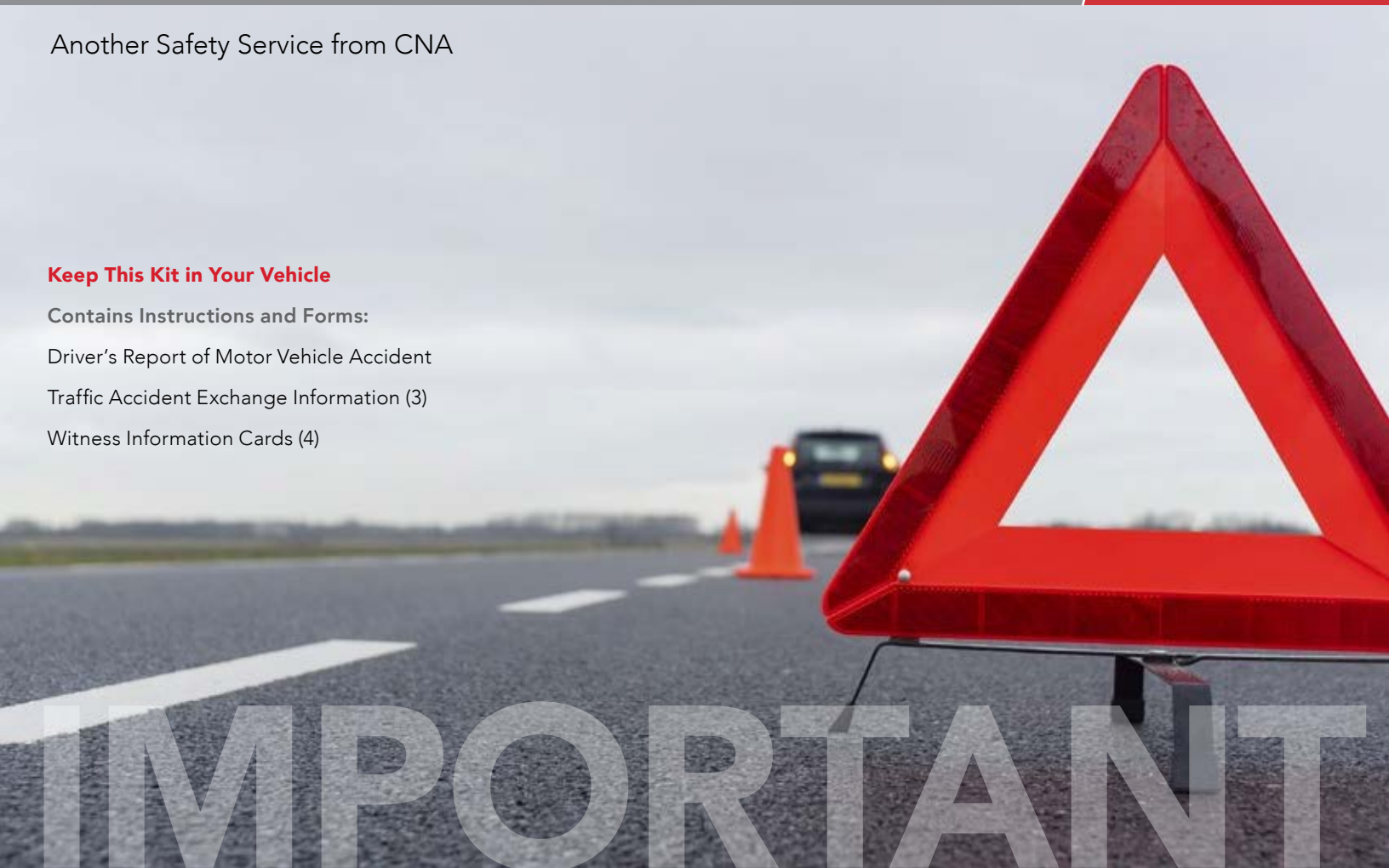
CNA

Vehicle Accident Report Kit

Another Safety Service from CNA



Keep This Kit in Your Vehicle

Contains Instructions and Forms:

Driver's Report of Motor Vehicle Accident

Traffic Accident Exchange Information (3)

Witness Information Cards (4)

IMPORTANT

What To Do After an Accident

1. Take immediate action to prevent further damage at the scene of the accident.
   a. Pull onto shoulder or side of the road
   b. Place warning signals promptly and properly

2. Call police. If someone is injured, request medical assistance. If fire is involved, request Fire Department aid.

3. Exchange *Traffic Accident Exchange Information* form with other driver(s). The forms are enclosed.

4. Secure names and addresses of all witnesses to the accident using the enclosed Information Cards.

5. Be courteous. Answer police questions. Give identifying information to the other party involved, but make no comments about assuming responsibility.

6. Complete both sides of the *Driver's Report of Motor Vehicle Accident* form. You will need this information later for state and insurance reports.

7. As soon as possible, report the accident to your insurance company and your employer.

The information, examples and suggestions presented in this material have been developed from sources believed to be reliable, but they should not be construed as legal or other professional advice. CNA accepts no responsibility for the accuracy or completeness of this material and recommends consulting with competent legal counsel or other professional advisors before applying this material in any particular factual situation. This material is for illustrative purposes and is not intended to constitute a contract. Please remember that only the relevant insurance policy can provide actual terms, coverage, amounts, conditions and exclusions for an insured. All products and services may not be available in all states and may be subject to change without notice. "CNA" is a service mark registered by CNA Financial Corporation with the United States Patent and Trademark Office. Certain CNA Financial Corporation subsidiaries use the "CNA" service mark in connection with insurance underwriting and claims activities. Copyright © 2015 CNA. All rights reserved.
CLAIM AUTO 2015rev

DRIVER'S REPORT OF MOTOR VEHICLE ACCIDENT

1. WHERE ACCIDENT OCCURRED

COUNTY | CITY

Road or Street on which Accident Occurred _____
(Highway Number U.S. or State, if no highway number identify road by name)

At Intersection with _____
(Number or Name of Intersecting Highway or Street)

If not at Intersection _____ Feet OR _____ Miles (Circle 1) N S E W of _____
(Nearest Highway, Street, Bridge, or other Landmark)

2. WHEN ACCIDENT OCCURRED

MONTH | DAY | YEAR

HOUR | AM / PM

NUMBER OF VEHICLES INVOLVED IN ACCIDENT

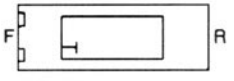
DID POLICE OFFICER INVESTIGATE ACCIDENT? 1 Yes 2 No

Was traffic citation issued to Driver #1 Yes ☐ No ☐

3. VEHICLE NUMBER 1 • YOUR VEHICLE

COMPANY NAME			ADDRESS	LOCATION CODE
DRIVER'S NAME (LAST, FIRST, MIDDLE)			VEHICLE LICENSE NUMBER • STATE AND YEAR	
VEHICLE MAKE	YEAR	MODEL & TYPE	IDENTIFICATION NUMBER • SERIAL	

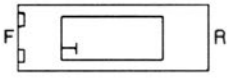
CIRCLE POINT OF CONTACT #1



4. DRIVER NUMBER 2 • OTHER DRIVER • OR PEDESTRIAN

☐ DRIVER'S NAME (LAST, FIRST, MIDDLE) ☐ PED	BIRTH MO / DAY / YEAR	DRIVERS LICENSE NO	STATE	1 MALE 2 FEMALE
STREET ADDRESS	CITY	COUNTY OF RESIDENCE	STATE	

CIRCLE POINT OF CONTACT #2



5. VEHICLE NUMBER 2 • OTHER VEHICLE

OWNERS NAME		ADDRESS	
VEHICLE MAKE	YEAR	MODEL & TYPE	VEHICLE LICENSE NUMBER • STATE AND YEAR
IDENTIFICATION NUMBER • SERIAL		Was traffic citation issued to Driver #2? Yes ☐ No ☐	Was traffic citation issued to Driver #1? Yes ☐ No ☐

6. LIST PERSONS KILLED OR INJURED

NAME	ADDRESS	AGE	SEX	VEH NO	SEAT-ING	SEAT BELTS	EJEC TION	IN-JURY
DESCRIBE INJURIES								
NAME	ADDRESS							
DESCRIBE INJURIES								
NAME	ADDRESS							
DESCRIBE INJURIES								

DESCRIBE DAMAGE TO PROPERTY OTHER THAN MOTOR VEHICLES

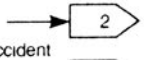
OWNER'S NAME

OWNER'S ADDRESS

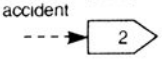
DIAGRAM WHAT HAPPENED
INSTRUCTIONS

1. Follow dotted lines to draw outline of roadway at place of accident
2. Number each vehicle and show direction of travel by arrow

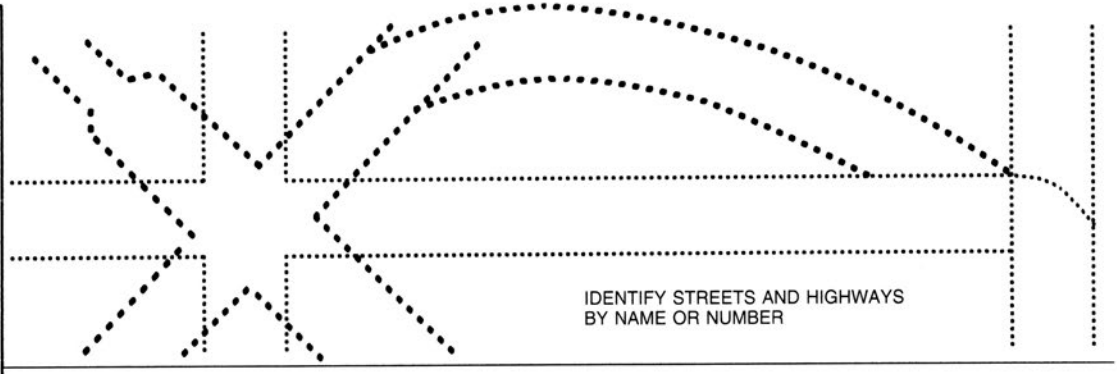
Use solid line to show path before accident



dotted line after accident



4. Show pedestrian by.
5. Show railroad by.
6. Show utility poles by.
7. Show motorcycle by



DESCRIBE WHAT HAPPENED (Refer to vehicles by number):

TRAFFIC ACCIDENT EXCHANGE INFORMATION

Name or number of street or highway	City or town	County	State
ON	IN		

Names of intersecting roads or distance from landmark	Hour	Day of week	Date	Month	
AT					20

Driver—print full name	Address	City & State	Phone
Owner—print full name	Address	City & State	Phone

Driver's License Number	State	Birthdate Month Date Year	Insurance Company
Vehicle Make / License Number	State	Year / Color	Agent Name & Address
Parts of vehicle damaged			Agent's Phone No.

TRAFFIC ACCIDENT EXCHANGE INFORMATION

Name or number of street or highway	City or town	County	State
ON	IN		

Names of intersecting roads or distance from landmark	Hour	Day of week	Date	Month	
AT					20

Driver—print full name	Address	City & State	Phone
Owner—print full name	Address	City & State	Phone

Driver's License Number	State	Birthdate Month Date Year	Insurance Company
Vehicle Make / License Number	State	Year / Color	Agent Name & Address
Parts of vehicle damaged			Agent's Phone No.

TRAFFIC ACCIDENT EXCHANGE INFORMATION

Name or number of street or highway	City or town	County	State
ON	IN		

Names of intersecting roads or distance from landmark	Hour	Day of week	Date	Month	
AT					20

Driver—print full name	Address	City & State	Phone
Owner—print full name	Address	City & State	Phone

Driver's License Number	State	Birthdate Month Date Year	Insurance Company
Vehicle Make / License Number	State	Year / Color	Agent Name & Address
Parts of vehicle damaged			Agent's Phone No.

INFORMATION CARD

Your cooperation in filling out this card and giving it to the driver will enable us to handle this matter in fairness to all parties concerned.

NAME OF INSURED _____

POLICY NUMBER _____

ACCIDENT AT _____
(show street no. or intersection)

DATE _____ **TIME** _____ ☐ **A.M.** ☐ **P.M.**

DID YOU SEE THE ACCIDENT HAPPEN? ☐ **YES** ☐ **NO**
DID YOU SEE ANYONE HURT? ☐ **YES** ☐ **NO**
WERE YOU RIDING IN A VEHICLE INVOLVED? ☐ **YES** ☐ **NO**

NAME _____

ADDRESS _____

CITY & STATE _____

TELEPHONE _____ (WORK)

THANK YOU? _____ (HOME)

CNA

INFORMATION CARD

Your cooperation in filling out this card and giving it to the driver will enable us to handle this matter in fairness to all parties concerned.

NAME OF INSURED _____

POLICY NUMBER _____

ACCIDENT AT _____
(show street no. or intersection)

DATE _____ **TIME** _____ ☐ **A.M.** ☐ **P.M.**

DID YOU SEE THE ACCIDENT HAPPEN? ☐ **YES** ☐ **NO**
DID YOU SEE ANYONE HURT? ☐ **YES** ☐ **NO**
WERE YOU RIDING IN A VEHICLE INVOLVED? ☐ **YES** ☐ **NO**

NAME _____

ADDRESS _____

CITY & STATE _____

TELEPHONE _____ (WORK)

THANK YOU? _____ (HOME)

CNA

INFORMATION CARD

Your cooperation in filling out this card and giving it to the driver will enable us to handle this matter in fairness to all parties concerned.

NAME OF INSURED _____

POLICY NUMBER _____

ACCIDENT AT _____
(show street no. or intersection)

DATE _____ **TIME** _____ ☐ **A.M.** ☐ **P.M.**

DID YOU SEE THE ACCIDENT HAPPEN? ☐ **YES** ☐ **NO**
DID YOU SEE ANYONE HURT? ☐ **YES** ☐ **NO**
WERE YOU RIDING IN A VEHICLE INVOLVED? ☐ **YES** ☐ **NO**

NAME _____

ADDRESS _____

CITY & STATE _____

TELEPHONE _____ (WORK)

THANK YOU? _____ (HOME)

CNA

INFORMATION CARD

Your cooperation in filling out this card and giving it to the driver will enable us to handle this matter in fairness to all parties concerned.

NAME OF INSURED _____

POLICY NUMBER _____

ACCIDENT AT _____
(show street no. or intersection)

DATE _____ **TIME** _____ ☐ **A.M.** ☐ **P.M.**

DID YOU SEE THE ACCIDENT HAPPEN? ☐ **YES** ☐ **NO**
DID YOU SEE ANYONE HURT? ☐ **YES** ☐ **NO**
WERE YOU RIDING IN A VEHICLE INVOLVED? ☐ **YES** ☐ **NO**

NAME _____

ADDRESS _____

CITY & STATE _____

TELEPHONE _____ (WORK)

THANK YOU? _____ (HOME)

CNA

CNA

Paquete de Reporte de Accidente con Vehiculo de Motor

Otro Servicio de Seguridad de CNA

Mantenga Este Sobre En Su Vehiculo De Motor

Aqui Esta Que Hacer Despues de Un Accidente

1 Immediatamente tome acción para impedir mayor daño en el lugar del accidente.
a. Sálgase al ardén o lado de la carretera.
b. Debidamente y con forma rápida coloque señales de advertencia.

2 Llame a la policia. Si alguien se lesiona, solicite ayuda médica. Si hay fuego en el accidente, pida ayuda al Departamento de Bomberos.

3 Haga cambio de la forma de *Información de Cambio de Accidente Vehicular* con el otro conductor(s). Las formas se anexan.

4 Asegúrese de las direcciones y nombres de todos los testigos al accidente, usando las Tarjetas de Informaćion anexadas.

5 Sea cortés. Conteste las preguntas. De informaćion de identificatión al otro partido implicado, pero no se haga ningún comentario de asumir responsabilidad.

6 Complete ambos lados de la forma *Informe de Accidente Vehicular de Conductor.* Estos datos de información serán necesarios después para el stado y su seguro.

7 Informe a su compañía de seguros y su empleador del accidente to antes posible.

La información, las sugerencias y los ejemplos aquí presentados han sido desarrollados a partir de fuentes consideradas como confiables, pero no deben ser tomados como asesoría legal o profesional. CNA no acepta ninguna responsabilidad por la exactitud o integridad de este material. Se recomienda consultar con un abogado competente y/o con asesores profesionales antes de aplicar este material en cualquier situación práctica concreta. Este material tiene fines ilustrativos y no pretende constituirse como un contrato. Por favor, recuerde que solamente la respectiva póliza de seguro puede proporcionar términos reales, coberturas, cantidades, condiciones y exclusiones para el asegurado. No todos los productos y servicios pueden estar disponibles en todos los estados, y pueden estar sujetos a cambios sin previo aviso. CNA es una marca registrada de CNA Financial Corporation.
Copyright © 2015 CNA. Todos los derechos reservados.
CLAIM AUTO 2015rev

REPORTE DEL CONDUCTOR DE ACCIDENTE DE VEHICULO DE MOTOR

1. DONDE OCCURRIO EL ACCIDENTE

CONDADO | CIUDAD

Camino o calle en la cual occurrio el accidente _____
(Número de Carretera, EU o Estado, si la carretera no tiene número que identifique el camino por nombre)

En la Intersección con _____
(Número o Nombre de Intersección de Carretera o Cálle)

Si no en la Intersección _____ O _____ N S E W de _____
Pies Millas (Carretera, Cálle, Puente, o Marca Mas Cercana)

(Circule 1)

2. CUANDO OCCURRIO EL ACCIDENTE

MES DIA ANO

HORA : AM PM

NUMERO DE VEHICULOS ENVUELTOS EN EL ACCIDENTE

ACCIDENT INVESTIGADO POR UN OFICIAL DE POLICIA? 1 Si 2 No

Fue emitida una citación al Conductor #1
Si ☐ No ☐

3. VEHICULO NUMERO 1 • SU VEHICULO

NOMBRE DE COMPANIA		DIRECCION	CODIGO DE LOCALIZACION
NOMBRE DE CONDUCTOR (APPELLIDO, PRIMER, MEDIADO)		NUMERO DE LICENCIA DE VEHICULO • ESTADO Y ANO	
TIPO DE VEHICULO	ANO	MODELO Y TIPO	NUMERO DE IDENTIFICACION • SERIE

CIRCULE EL PUNTO DE CONTACTO #1

F R

4. CONDUCTOR NUMERO 2 • OTRO CONDUCTOR • O PEATON

☐ NOMBRE DE COND. (APPELLIDO, PRIMER, MEDIADO) ☐ PEATON	MES DE NACIMIENTO / DIA / ANO	NO DE LIC.	ESTADO	1 HOMBRE 2. MUJER
DIRECCION	CIUDAD	CONDADO DE RESIDENCIA	ESTADO	

CIRCULE EL PUNTO DE CONTACTO #2

F R

5. VEHICULO NUMERO 2 • OTRO VEHICULO

NOMBRE DEL DUENO		DIRECCION	
TIPO DE VEHICULO	ANO	MODELO Y TIPO	NUMERO DE LICENCIA DE VEHICULO • ESTADO Y ANO
NUMERO DE IDENTIFICATION • SERIAL		Fue emitido a citacion de trafico al Conductor #2 Si ☐ No ☐	Fue emitido a citacion de trafico al Conductor #1 Si ☐ No ☐

6. ALISTE PERSONAS FALLECIDAS O LESIONADAS

		EDAD	SEXO	NO DE VEHICULO	SITUA-DO	CINTO-RONES	EXPUL-CION	LESION
NOMBRE	DIRECCION							
DESCRIBA LAS LESIONES								
NOMBRE	DIRECCION							
DESCRIBA LAS LESIONES								
NOMBRE	DIRECCION							
DESCRIBA LAS LESIONES								

DESCRIBA LA PERDIDA A PROPIEDAD MAS QUE LOS VEHICULOS DE MOTOR

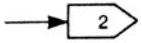
NOMBRE DEL DUENO

DIRECCION DEL DUENO

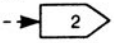
INSTRUCCIONES DE DIAGRAMA DE LO QUE PASO

1. Siga las lineas con puntos para dibujar el camino trazado el el lugar del accidente
2. Anumere cada vehículo y muestre dirección de movimiento con flechas

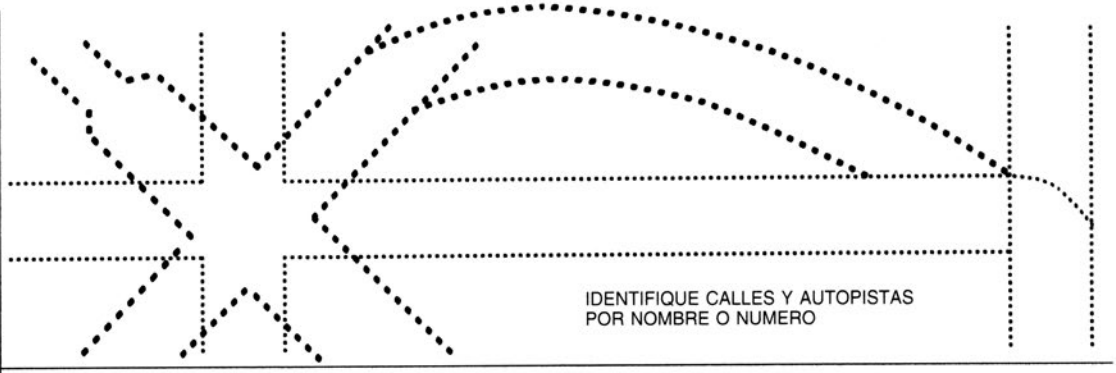
Utilize una line solida para enseñar espacio antes del accidente



linea de puntos despues del accidente



4 Enseñe peatón por
5. Enseñe ferrocaril por
6. Enseñe postes de utilidad por
7. Enseñe motocicleta por



DESCRIBA QUE PASO (Referir vehículos por número)

INFORMACION DE INTERCAMBIO DE ACCIDENTE DE TRAFICO

Nombre o número de calle o autopista	Ciudad o pueblo	Condado	Estado
SOBRE	EN		

Nombres de intersección de carreteras o distancia del punto destacado	Hora	Día de la semana	Fecha	Mes	
EN					20

Conductor–imprima nombre completo	Domicilio	Ciudad y Estado	Teléfono
Dueño–imprima nombre completo	Domicilio	Ciudad y Estado	Teléfono

Número de Licencia	Estado	Fecha de Nacimiento Mes Dia Año	Compañia de Seguros
Tipo de Vehículo / Número de licencia	Estado	Año Color	Nombre del Agente y Domicilio
Partes dañadas del vehículo			Número del Teléfono del Agente

INFORMACION DE INTERCAMBIO DE ACCIDENTE DE TRAFICO

Nombre o número de calle o autopista	Ciudad o pueblo	Condado	Estado
SOBRE	EN		

Nombres de intersección de carreteras o distancia del punto destacado	Hora	Día de la semana	Fecha	Mes	
EN					20

Conductor–imprima nombre completo	Domicilio	Ciudad y Estado	Teléfono
Dueño–imprima nombre completo	Domicilio	Ciudad y Estado	Teléfono

Número de Licencia	Estado	Fecha de Nacimiento Mes Dia Año	Compañia de Seguros
Tipo de Vehículo / Número de licencia	Estado	Año Color	Nombre del Agente y Domicilio
Partes dañadas del vehículo			Número del Teléfono del Agente

INFORMACION DE INTERCAMBIO DE ACCIDENTE DE TRAFICO

Nombre o número de calle o autopista	Ciudad o pueblo	Condado	Estado
SOBRE	EN		

Nombres de intersección de carreteras o distancia del punto destacado	Hora	Día de la semana	Fecha	Mes	
EN					20

Conductor–imprima nombre completo	Domicilio	Ciudad y Estado	Teléfono
Dueño–imprima nombre completo	Domicilio	Ciudad y Estado	Teléfono

Número de Licencia	Estado	Fecha de Nacimiento Mes Dia Año	Compañia de Seguros
Tipo de Vehículo / Número de licencia	Estado	Año Color	Nombre del Agente y Domicilio
Partes dañadas del vehículo			Número del Teléfono del Agente

TARJETA DE INFORMACION

Su cooperacion en completar esta tarjeta y entregarsela al conductor, nos ayudara en resolver este asunto en una manera razonable para todos quienes les corresponde este asunto.

NOMBRE DE ASEGURADO _____

NUMERO DE POLIZA _____

ACCIDENTE EN _____
(demuestre numero de calle o interseccion)

FECHA _____ **HORA** _____ ☐ **A.M.** ☐ **P.M.**

VIO USTED EL ACCIDENTE OCCURRIR? ☐ **SI** ☐ **NO**
VIO USTED ALGUNA PERSONA HERIDA? ☐ **SI** ☐ **NO**
ESTABA USTED EN UN VEHICULO COMPROMETIDO? ☐ **SI** ☐ **NO**

NOMBRE _____

DOMICILIO _____

CIUDAD & ESTADO _____

TELEFONO _____ (TRABAJO)

GRACIAS? _____ (CASA)

CNA

TARJETA DE INFORMACION

Su cooperacion en completar esta tarjeta y entregarsela al conductor, nos ayudara en resolver este asunto en una manera razonable para todos quienes les corresponde este asunto.

NOMBRE DE ASEGURADO _____

NUMERO DE POLIZA _____

ACCIDENTE EN _____
(demuestre numero de calle o interseccion)

FECHA _____ **HORA** _____ ☐ **A.M.** ☐ **P.M.**

VIO USTED EL ACCIDENTE OCCURRIR? ☐ **SI** ☐ **NO**
VIO USTED ALGUNA PERSONA HERIDA? ☐ **SI** ☐ **NO**
ESTABA USTED EN UN VEHICULO COMPROMETIDO? ☐ **SI** ☐ **NO**

NOMBRE _____

DOMICILIO _____

CIUDAD & ESTADO _____

TELEFONO _____ (TRABAJO)

GRACIAS? _____ (CASA)

CNA

TARJETA DE INFORMACION

Su cooperacion en completar esta tarjeta y entregarsela al conductor, nos ayudara en resolver este asunto en una manera razonable para todos quienes les corresponde este asunto.

NOMBRE DE ASEGURADO _____

NUMERO DE POLIZA _____

ACCIDENTE EN _____
(demuestre numero de calle o interseccion)

FECHA _____ **HORA** _____ ☐ **A.M.** ☐ **P.M.**

VIO USTED EL ACCIDENTE OCCURRIR? ☐ **SI** ☐ **NO**
VIO USTED ALGUNA PERSONA HERIDA? ☐ **SI** ☐ **NO**
ESTABA USTED EN UN VEHICULO COMPROMETIDO? ☐ **SI** ☐ **NO**

NOMBRE _____

DOMICILIO _____

CIUDAD & ESTADO _____

TELEFONO _____ (TRABAJO)

GRACIAS? _____ (CASA)

CNA

TARJETA DE INFORMACION

Su cooperacion en completar esta tarjeta y entregarsela al conductor, nos ayudara en resolver este asunto en una manera razonable para todos quienes les corresponde este asunto.

NOMBRE DE ASEGURADO _____

NUMERO DE POLIZA _____

ACCIDENTE EN _____
(demuestre numero de calle o interseccion)

FECHA _____ **HORA** _____ ☐ **A.M.** ☐ **P.M.**

VIO USTED EL ACCIDENTE OCCURRIR? ☐ **SI** ☐ **NO**
VIO USTED ALGUNA PERSONA HERIDA? ☐ **SI** ☐ **NO**
ESTABA USTED EN UN VEHICULO COMPROMETIDO? ☐ **SI** ☐ **NO**

NOMBRE _____

DOMICILIO _____

CIUDAD & ESTADO _____

TELEFONO _____ (TRABAJO)

GRACIAS? _____ (CASA)

CNA