



In Case of an Accident

(Para español, ver al reverso)

(las 24 horas)

Llame al 800.328.5972

Notifique el accidente a Northland Insurance

- Llame al 911 para notificar un accidente y solicitar ayuda de emergencia si alguien está lesionado.
- Use sus luces intermitentes de emergencia y los triángulos reflectantes de advertencia.
- Tome fotos de la escena del accidente.
- Llame a Northland Insurance tan pronto como le sea posible; preferiblemente desde la escena del accidente.
- Hable del accidente solamente con la policía o con un representante de Northland.

(For English, see reverse)

En caso de accidente

- Call 911 to report the accident and to request emergency assistance if someone is injured.
- Use your emergency four-way flashers and reflective warning triangles.
- Photograph the accident scene.
- Call Northland Insurance as soon as possible; preferably from the accident scene.
- Discuss the accident only with the police or a Northland representative.

Report the accident to Northland Insurance

Call 800.328.5972

(24 hours)



Notifique todos los accidentes a Northland Insurance tan pronto como le sea posible, aunque sólo tenga información limitada sobre el accidente y las personas involucradas.

Llame al 800.328.5972

(las 24 horas)

Después que haya llamado para informar del accidente, por favor envíe por correo o por fax cualquier material adicional relativo al accidente (fotos, informes policiales del accidente, correspondencias, etc.) directamente a nuestro Departamento de Reclamaciones a la dirección indicada abajo. Recuerde incluir su número de póliza en todas las correspondencias.

**Northland Insurance
Claim Department
385 Washington Street
Mail Code 9275-SBO3N
Saint Paul, MN 55102
Fax: 651.310.4093**

Para obtener un nuevo folleto (Formulario N1725) o copias adicionales, comuníquese con su agente de seguro o con el Departamento de Control de Riesgos de Northland llamando al 800.237.9334, Extensión 10527.

Cientes de Texas: seguro ofrecido por Southern County Mutual Insurance Company y administrado por Northland Insurance Company.

La información provista en este documento es para ser usada como guía. En ningún momento debe ser utilizada como ayuda y/o consejo legal. Northland y The Travelers Indemnity Company no garantiza ningún tipo de consecuencia que se pueda originar en cualquier situación o resultado de alguna recomendación para mejorar la práctica o los listados de la empresa. En ningún momento Northland y The Travelers Indemnity Company o afiliados podrán ser responsables legalmente por daños intencionados, o por negligencia de cualquier persona que tenga acceso y/o uso a esta información. Northland y The Travelers Indemnity Company no garantiza que la información escrita en este documento sea a parte de una lista completa y determinada de cada uno de los temas y procedimientos relacionados con el mismo. Como última instancia, recuerde que las leyes Federales, Estatales, locales, regulaciones, estándares, y códigos pueden cambiar en cualquier momento y el cliente debe referirse a información actualizada.

Instructions:

Report all accidents to Northland Insurance as soon as possible, even if you only have limited information about the accident and other parties involved.

Call 800.328.5972

(24 Hours)

After you have called to report the accident, please mail or fax any additional materials relating to the accident (photographs, police accident reports, correspondences, etc.) directly to our Claims Department at the address below. Remember to include your policy number on all correspondences.

**Northland Insurance
Claim Department
385 Washington Street
Mail Code 9275-SBO3N
Saint Paul, MN 55102
Fax: 651.310.4093**

To replace this booklet (Form N1725) or to obtain additional copies, contact your insurance agent or Northland’s Risk Control Department by calling 800.237.9334, Extension 10527.

Texas Customers: Insurance provided by Southern County Mutual Insurance Company, administered by Northland Insurance Company.

The information provided in this document is intended for use as a guideline and is not intended as, nor does it constitute, legal or professional advice. Northland and The Travelers Indemnity Company do not warrant that adherence to, or compliance with, any recommendations, best practices, checklists, or guidelines will result in a particular outcome. In no event will Northland, The Travelers Indemnity Company or any of their subsidiaries or affiliates be liable in tort or in contract to anyone who has access to or uses this information. Northland and The Travelers Indemnity Company do not warrant that the information in this document constitutes a complete and finite list of each and every item or procedure related to the topics or issues referenced herein. Furthermore, federal, state or local laws, regulations, standards or codes may change from time to time and the reader should always refer to the most current requirements.

Usted y su vehículo

Su nombre: _____
Dirección: _____
Ciudad, estado, C. P.: _____
Teléfono: _____
Teléfono celular: _____
Nombre de la compañía: _____
Número de póliza: _____
Marca/modelo/VIN de su vehículo: _____
¿Lesiones? Describa: _____

Otros vehículos involucrados

Otro vehículo 1

Conductor: _____
Teléfono: _____
Teléfono celular: _____
Dirección: _____
Ciudad, estado, C. P.: _____
Año, marca, modelo del vehículo: _____
Nombre(s) y teléfono(s) del (de los) pasajero(s):
Teléfono: () _____
Teléfono: () _____
Compañía de seguro: _____
Número de póliza: _____
¿Lesiones? Describa: _____

Otro vehículo 2

Conductor: _____
Teléfono: _____
Teléfono celular: _____
Dirección: _____
Ciudad, estado, C. P.: _____
Año, marca, modelo del vehículo: _____
Nombre(s) y teléfono(s) del (de los) pasajero(s):
Teléfono: () _____
Teléfono: () _____
Compañía de seguro: _____
Número de póliza: _____
¿Lesiones? Describa: _____

Continúe la lista en una página aparte si es necesario.

You and Your Vehicle

Your Name: _____
Address: _____
City, State, ZIP: _____
Telephone: _____ Cell Phone: _____
Company Name: _____
Policy Number: _____
Make/Model/Vin # of Your Vehicle: _____
Injuries? Describe: _____

Other Vehicles Involved

Other Vehicle #1

Driver: _____
Telephone: _____ Cell Phone: _____
Address: _____
City, State, ZIP: _____
Vehicle Year, Make, Model: _____
Passenger(s) Name and Phone:
_____ Phone: () _____
_____ Phone: () _____
Insurance Company: _____
Policy Number: _____
Injuries? Describe: _____

Other Vehicle #2

Driver: _____
Telephone: _____ Cell Phone: _____
Address: _____
City, State, ZIP: _____
Vehicle Year, Make, Model: _____
Passenger(s) Name and Phone:
_____ Phone: () _____
_____ Phone: () _____
Insurance Company: _____
Policy Number: _____
Injuries? Describe: _____

Continue list on separate page if necessary.

Accident Information

Date: _____ Time: _____ a.m. p.m.

Location of accident (city, state, highway, mile marker, etc.):

Roadway: _____

Nearest intersection: _____

Number of vehicles involved, including yours: _____

Police Department: _____

Officer's Name: _____

Accident Report Number: _____

Towing Service: _____

Ambulance Service: _____

Did you have passengers at the time of the accident?

Yes No (If yes, complete the passenger list on page 5)

Accident Details

Describe the accident, including the condition of the roadway, speed, weather conditions, events leading up to the accident, and physical evidence after the accident.

Describe the accident including details such as the state of the road, speed, weather conditions, events leading up to the accident, and physical evidence after the accident.

Fecha: _____ Hora: _____ a.m. p.m.
Sitio del accidente (ciudad, estado, carretera, indicador de milla, etc.):
Via: _____
Intersección más cercana: _____
Número de vehículos involucrados, incluyendo el suyo: _____
Departamento de Policía: _____
Nombre del Oficial: _____
Número de informe del accidente: _____
Servicio de remolque: _____
Servicio de ambulancia: _____
¿Tenía usted pasajeros en el momento del accidente?
 Sí No (Si la respuesta es sí, llene la lista de pasajeros de la
Página 5s)
Detalles del accidente
Describa el accidente incluyendo detalles tales como el estado de la
vía o carretera, la velocidad, el estado del tiempo, los acontecimientos
que condujeron al accidente y la evidencia física después del
accidente.

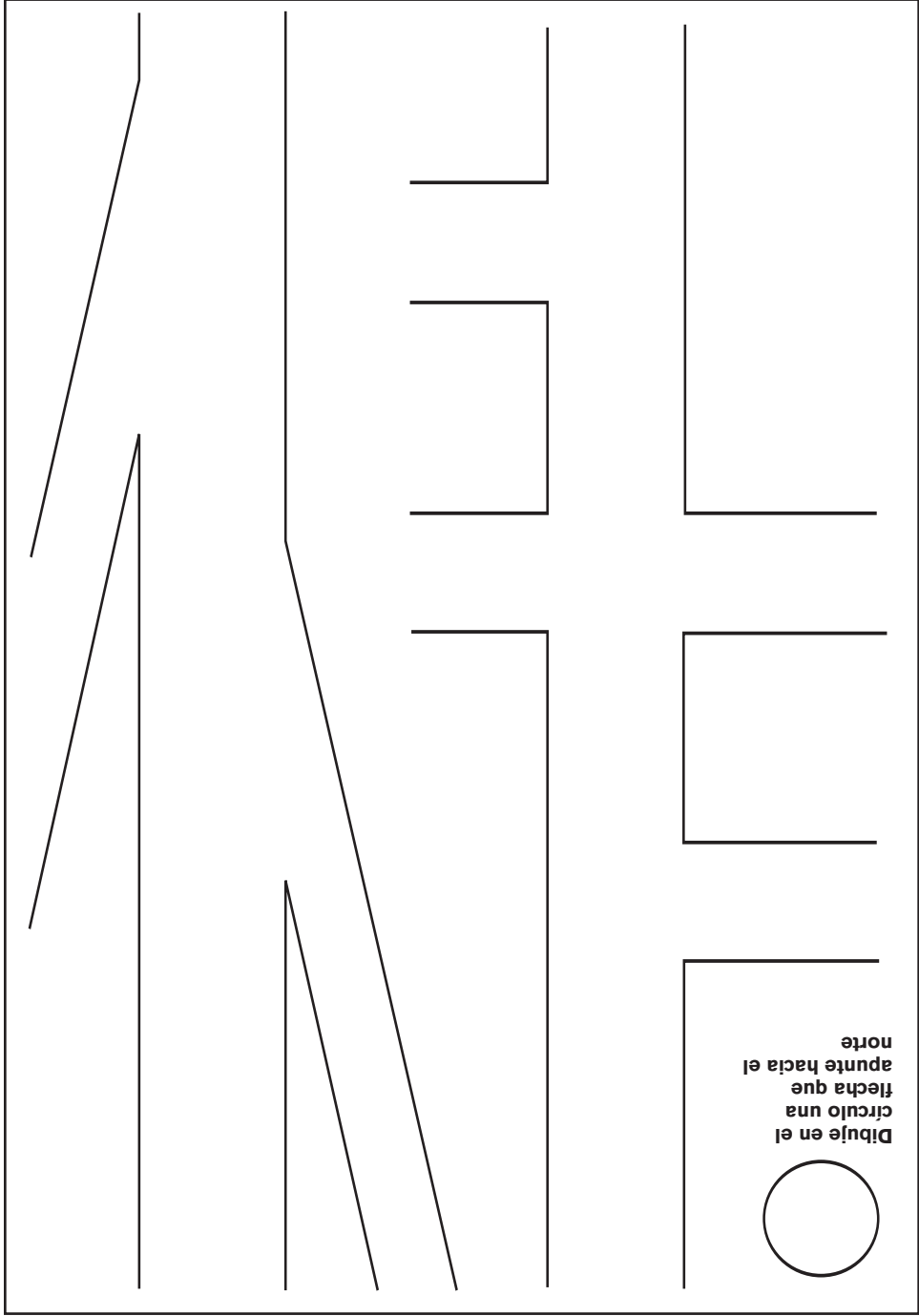
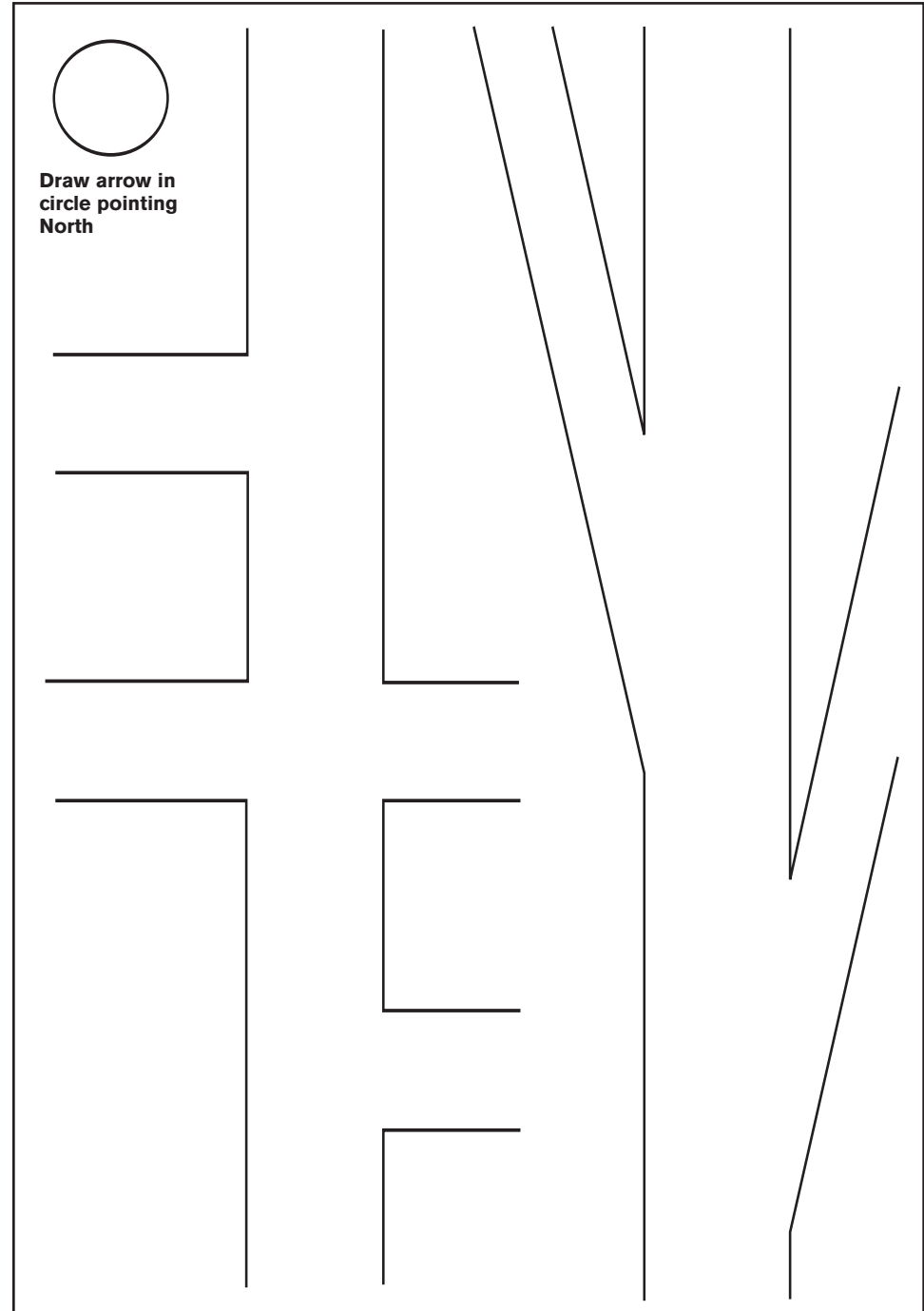


Diagrama de la escena del accidente

Accident Scene Diagram



Additional Passengers in Your Vehicle

1) Name: _____
Address: _____
Telephone: _____ Injuries? Yes No

2) Name: _____
Address: _____
Telephone: _____ Injuries? Yes No

3) Name: _____
Address: _____
Telephone: _____ Injuries? Yes No

4) Name: _____
Address: _____
Telephone: _____ Injuries? Yes No

5) Name: _____
Address: _____
Telephone: _____ Injuries? Yes No

6) Name: _____
Address: _____
Telephone: _____ Injuries? Yes No

7) Name: _____
Address: _____
Telephone: _____ Injuries? Yes No

8) Name: _____
Address: _____
Telephone: _____ Injuries? Yes No

9) Name: _____
Address: _____
Telephone: _____ Injuries? Yes No

If more than 9 passengers, continue on a separate page.

Si son más de 9 pasajeros, continúe en una página aparte.

1) Nombre: _____
Dirección: _____
Teléfono: _____ ¿Lesiones? Sí No

2) Nombre: _____
Dirección: _____
Teléfono: _____ ¿Lesiones? Sí No

3) Nombre: _____
Dirección: _____
Teléfono: _____ ¿Lesiones? Sí No

4) Nombre: _____
Dirección: _____
Teléfono: _____ ¿Lesiones? Sí No

5) Nombre: _____
Dirección: _____
Teléfono: _____ ¿Lesiones? Sí No

6) Nombre: _____
Dirección: _____
Teléfono: _____ ¿Lesiones? Sí No

7) Nombre: _____
Dirección: _____
Teléfono: _____ ¿Lesiones? Sí No

8) Nombre: _____
Dirección: _____
Teléfono: _____ ¿Lesiones? Sí No

9) Nombre: _____
Dirección: _____
Teléfono: _____ ¿Lesiones? Sí No

Comentarios sobre el accidente: _____

Teléfono: _____

Ciudad/estado/C. P.: _____

Su dirección: _____

Su nombre: _____

¿Sufrió usted una lesión? SI NO

SI (¿cuál vehículo? _____) NO

¿Viajaba usted en un vehículo involucrado? _____

¿Vio usted cuando ocurrió el accidente? SI NO

Fecha: _____ Hora: _____ a.m. p.m.

Era usted un: Pasajero Observador

*A ser llenada por cualquier persona que haya presenciado el accidente.
Testigo: Por favor llene esta tarjeta y devuélvasela al conductor.*

Tarjeta de información de testigo

Comentarios sobre el accidente: _____

Teléfono: _____

Ciudad/estado/C. P.: _____

Su dirección: _____

Su nombre: _____

¿Sufrió usted una lesión? SI NO

SI (¿cuál vehículo? _____) NO

¿Viajaba usted en un vehículo involucrado? _____

¿Vio usted cuando ocurrió el accidente? SI NO

Fecha: _____ Hora: _____ a.m. p.m.

Era usted un: Pasajero Observador

*A ser llenada por cualquier persona que haya presenciado el accidente.
Testigo: Por favor llene esta tarjeta y devuélvasela al conductor.*

Tarjeta de información de testigo

Driver Identification Card

Use this card to identify yourself to other drivers involved in an accident.
Have other drivers complete a **Driver Identification Card** for you.

Name: _____

Address: _____

City/State/ZIP: _____

Telephone: _____

Driver's license number and issuing state: _____

Location of accident: _____

Date: _____ Time: _____ a.m. p.m.

Make/Model of your vehicle: _____

License plate number/state: _____

Your insurance company: _____

Policy number: _____

Driver Identification Card

Use this card to identify yourself to other drivers involved in an accident.
Have other drivers complete a **Driver Identification Card** for you.

Name: _____

Address: _____

City/State/ZIP: _____

Telephone: _____

Driver's license number and issuing state: _____

Location of accident: _____

Date: _____ Time: _____ a.m. p.m.

Make/Model of your vehicle: _____

License plate number/state: _____

Your insurance company: _____

Policy number: _____

Nombre: _____
 Dirección: _____
 Ciudad, estado, C. P.: _____
 Teléfono: _____
 Número de licencia de manejo y estado que la emitió: _____
 Lugar del accidente: _____
 Fecha: _____ Hora: _____ a.m. p.m.
 Marca/modelo de su vehículo: _____
 Número/estado de la placa de matrícula: _____
 Su compañía de seguro: _____
 Número de póliza: _____

*Use esta tarjeta para identificarse ante los otros conductores involucrados en un accidente. Pida a los otros conductores que llenen una **Tarjeta de identificación del conductor** para usted.*

Tarjeta de identificación del conductor

Nombre: _____
 Dirección: _____
 Ciudad, estado, C. P.: _____
 Teléfono: _____
 Número de licencia de manejo y estado que la emitió: _____
 Lugar del accidente: _____
 Fecha: _____ Hora: _____ a.m. p.m.
 Marca/modelo de su vehículo: _____
 Número/estado de la placa de matrícula: _____
 Su compañía de seguro: _____
 Número de póliza: _____

*Use esta tarjeta para identificarse ante los otros conductores involucrados en un accidente. Pida a los otros conductores que llenen una **Tarjeta de identificación del conductor** para usted.*

Tarjeta de identificación del conductor

Witness Information Card

*To be completed by anyone who witnessed the accident.
 Witness: Please complete this card and return to driver.*

Were you a: Passenger Observer
 Date: _____ Time: _____ a.m. p.m.
 Did you see the accident happen? Yes No
 Were you riding in a vehicle involved?
 Yes (which vehicle? _____) No
 Were you hurt? Yes No
 Your name: _____
 Your address: _____
 City/State/ZIP: _____
 Telephone: _____
 Comments about the accident: _____

Witness Information Card

*To be completed by anyone who witnessed the accident.
 Witness: Please complete this card and return to driver.*

Were you a: Passenger Observer
 Date: _____ Time: _____ a.m. p.m.
 Did you see the accident happen? Yes No
 Were you riding in a vehicle involved?
 Yes (which vehicle? _____) No
 Were you hurt? Yes No
 Your name: _____
 Your address: _____
 City/State/ZIP: _____
 Telephone: _____
 Comments about the accident: _____

