

U.S. Department  
of TransportationNational Highway  
Traffic Safety  
Administration

DOT Auto Safety Hotline

## Vehicle Owner's Questionnaire (VOQ)

NATIONWIDE 1-888-DASH-2-DOT  
1-888-327-4236  
www.nhtsa.dot.gov/hotline

FOR AGENCY USE ONLY 197

Date Received

28-MAR-2000

 Od\_or \_\_\_\_\_  
 rt\_dt \_\_\_\_\_  
 od\_rt \_\_\_\_\_  
 up\_ltr \_\_\_\_\_

Reference No.

859352

 Do you authorize NHTSA to provide a copy of report to the manufacturer of your vehicle?  YES  NO  
 In the absence of an authorization, NHTSA WILL NOT provide your name and address to the vehicle manufacturer.

Signature of Owner \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

## VEHICLE INFORMATION

Vehicle Ident. No. (VIN) <small>(Listed at front of windshield or drivers side)</small>	Vehicle Make	Vehicle Model	Vehicle Year	Current Odometer Reading
JT2AE04B5S0105288	TOYOTA	COROLLA	1995	

Purchase Date	Dealer's Name _____	Engine Size (CID/CC/L) _____	<input type="checkbox"/> Turbo <input type="checkbox"/> Diesel <input type="checkbox"/> Gas <input type="checkbox"/> Fuel Injection
<input type="checkbox"/> New <input checked="" type="checkbox"/> Used	City _____ State _____ Zip Code _____	No. Cylinders _____	

Transmission Type	Antilock Brakes	Restraint System	Cruise Control	Drive Train	Vehicle Type	Body Style
<input type="checkbox"/> Manual <input type="checkbox"/> Automatic	<input type="checkbox"/> Yes <input checked="" type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> 3-Point Belt <input type="checkbox"/> Driverside Airbag <input type="checkbox"/> Passengerside Airbag <input type="checkbox"/> Motorbell <input checked="" type="checkbox"/> 2-Point Belt	<input type="checkbox"/> Yes <input checked="" type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Front <input type="checkbox"/> Rear <input type="checkbox"/> 4-Wheel	<input type="checkbox"/> Car <input type="checkbox"/> Van <input type="checkbox"/> Minivan <input type="checkbox"/> Other _____ <input type="checkbox"/> Sport Ult <input type="checkbox"/> Truck <input type="checkbox"/> Motorcycle	<input type="checkbox"/> 2-Door <input type="checkbox"/> 4-Door <input type="checkbox"/> Stationwagon <input type="checkbox"/> Pick Up Truck <input type="checkbox"/> Other _____

## FAILED COMPONENT(S)/PART(S) INFORMATION

Component 12111000	Part Name(s) INTERIOR SYSTEMS: PASSENGER RESTRAINTS: AIR BAG: FRONT A	Location <input type="checkbox"/> Left <input type="checkbox"/> Right <input type="checkbox"/> Front <input type="checkbox"/> Rear	Failed Part(s) <input type="checkbox"/> Original <input type="checkbox"/> Replacement
-----------------------	--	--	---

No. of Failures 0	Date(s) of Failure(s) 01-NOV-1999 Mileage at Failure(s) 40000 Vehicle Speed at Failure(s) 30	Failed Part(s) Available? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	NHTSA Previously Contacted? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
----------------------	--	---	---

## APPLICATION INCIDENT INFORMATION

(Please describe in detail the incident(s), Failure(s), Crash(es), and injury(ies) on the back of this form)


Crash <input checked="" type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	Fire <input type="checkbox"/> Yes <input checked="" type="checkbox"/> No	Number of Persons Injured 0	Number of Fatalities 0	Estimated Property Damage	Reported to Police <input type="checkbox"/> Yes <input checked="" type="checkbox"/> No
--	---	--------------------------------	---------------------------	---------------------------	---

## NARRATIVE DESCRIPTION OF FAILURE(S), INCIDENT(S), INJURY(IES)

CONSUMER'S HUSBAND (CARLOS AGUIRRE) WAS DRIVING ABOUT 30 MPH WHEN LOST CONTROL OF VEHICLE AND CRASHED INTO ANOTHER VEHICLE. UPON IMPACT, AIR BAGS DID NOT DEPLOY. \*AK

CONTINUED ON BACK PLEASE

The Privacy Act of 1974-Public Law 93-579 This information is requested pursuant to authority vested in the National Highway Traffic Safety Act and subsequent amendments. You are under no obligation to respond to this questionnaire. Your response may be used to assist the NHTSA in determining whether a manufacturer should take appropriate action to correct a safety defect. If the NHTSA proceeds with administrative enforcement or litigation against a manufacturer, your response, or a statistical summary thereof, may be used in support of the agency's action.

DOT Auto Safety Hotline		FOR AGENCY USE ONLY 197	
 U.S. Department of Transportation National Highway Traffic Safety Administration		<b>Vehicle Owner's Questionnaire (VOQ)</b> NATIONWIDE 1-888-DASH-2-DOT 1-888-327-4236 www.nhtsa.dot.gov/hotline	
OWNER INFORMATION (Type or Print)		Date Received <u>03 MAR 26 AM 8:51</u> <b>28-MAR-2000</b> OFFICE DEFECTS INVESTIGATION	
[Redacted] <b>599533</b>		Reference No. <b>859352</b>	
Do you authorize NHTSA to provide a copy of report to the manufacturer of your vehicle? In the absence of a signature, the report will be sent to the vehicle manufacturer.		<input checked="" type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO	
Signature of [Redacted]		Date <u>04/28/2000</u>	
VEHICLE INFORMATION			
Vehicle Ident. No. (VIN) (Located at bottom of windshield on driver's side)	Vehicle Make	Vehicle Model	Vehicle Year
<b>JT2AE04B5S0105288</b>	<b>TOYOTA</b>	<b>COROLLA</b>	<b>1995</b>
Purchase Date	Dealer's Name	Engine Size (CID/CC/L)	Current Odometer Reading
<u>21-February-95</u>	<u>Don Daniel Auto, Inc.</u>	<u>7-101</u>	<u>30646</u> <i>ch date 15/04/00</i>
<input checked="" type="checkbox"/> New <input checked="" type="checkbox"/> Used	City <u>Bayamon</u> State <u>P.R.</u> Zip Code <u>00958</u>	No. Cylinders <u>4</u>	<input type="checkbox"/> Turbo <input type="checkbox"/> Diesel <input checked="" type="checkbox"/> Gas <input checked="" type="checkbox"/> Fuel Injection
Transmission Type	Antilock Brakes	Restraint System	Cruise Control
<input type="checkbox"/> Manual <input checked="" type="checkbox"/> Automatic	<input type="checkbox"/> Yes <input checked="" type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> 3-Point Belt <input checked="" type="checkbox"/> Driverside Airbag <input checked="" type="checkbox"/> Passengerside Airbag <input type="checkbox"/> Motorbelt <input checked="" type="checkbox"/> 2-Point Belt	<input type="checkbox"/> Yes <input checked="" type="checkbox"/> No
Drive Train	Vehicle Type	Body Style	
<input checked="" type="checkbox"/> Front <input type="checkbox"/> Rear <input type="checkbox"/> 4-Wheel	<input checked="" type="checkbox"/> Car <input type="checkbox"/> Van <input type="checkbox"/> Minivan <input type="checkbox"/> Other	<input type="checkbox"/> Sport Util <input type="checkbox"/> Truck <input type="checkbox"/> Motorcycle <input type="checkbox"/> 2-Door <input checked="" type="checkbox"/> 4-Door <input type="checkbox"/> Stationwagon <input type="checkbox"/> Pick Up Truck <input type="checkbox"/> Other	
FAILED COMPONENT(S)/PART(S) INFORMATION			
Component	Part Name(s)	Location	Failed Part(s)
<b>12111000</b>	<b>INTERIOR SYSTEMS: PASSENGER RESTRAINTS: AIR BAG: FRONT A</b>	<input checked="" type="checkbox"/> Left <input checked="" type="checkbox"/> Front <input checked="" type="checkbox"/> Right <input type="checkbox"/> Rear	<input checked="" type="checkbox"/> Original <input type="checkbox"/> Replacement
No of Failures	Data(s) of Failure(s)	Failed Part(s) Available?	NHTSA Previously Contacted?
<b>0</b>	<u>01-NOV-1999</u> <u>40000</u> <u>30</u>	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	<input checked="" type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
APPLICATION INCIDENT INFORMATION			
(Please describe in detail the incident(s), Failure(s), Crash(es), and injury(ies) on the back of this form)			
Crash	Fire	Number of Persons Injured	Number of Fatalities
<input checked="" type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Yes <input checked="" type="checkbox"/> No	<b>0</b>	<b>0</b>
Estimated Property Damage	Reported to Police		
	<input type="checkbox"/> Yes <input checked="" type="checkbox"/> No		
NARRATIVE DESCRIPTION OF FAILURE(S), INCIDENT(S), INJURY(IES)			
<b>CONSUMER'S HUSBAND (CARLOS AGUIRRE) WAS DRIVING ABOUT 30 MPH WHEN LOST CONTROL OF VEHICLE AND CRASHED INTO ANOTHER VEHICLE. UPON IMPACT, AIR BAGS DID NOT DEPLOY. *AK</b>			
CONTINUE ON BACK IF NEEDED			
The Privacy Act of 1974-Public Law 93-579 This information is requested pursuant to authority vested in the National Highway Traffic Safety Act and subsequent amendments. You are under no obligation to respond this questionnaire. Your response may be used to assist the NHTSA in determining whether a manufacturer should take appropriate action to correct a safety defect. If the NHTSA proceeds with administrative enforcement or litigation against a manufacturer, your response, or a statistical summary thereof, may be used in support of the agency's action.			



U.S. Department  
of Transportation

**National Highway  
Traffic Safety  
Administration**

400 Seventh Street, S.W.  
Washington, D.C. 20590

Dear Consumer:

As a result of your recent inquiry to the National Highway Traffic Safety Administration's Auto Safety Hotline, we developed the enclosed Vehicle Owner's Questionnaire. Please review the form and supply any additional information you have that you believe is relevant to your safety problem(s). You may also include copies of repair bills, letters to manufacturers, or any other documents related to the problem(s).

Please complete the questionnaire, fold, staple, or tape it so that the pre-addressed portion is on the outside.

We will share this information with the appropriate manufacturer may help resolve your problem(s). It is helpful to be thorough in your report so that our ability to use your information will be maximized. It is not necessary to complete all boxes if you are not sure of the information. It is very difficult to pursue complaints unless the Vehicle Identification Number (VIN) is known, and when reporting a tire problem, the DOT Identification is needed. The VIN is located inside the vehicle adjacent to the left of the windshield pillar (driver's side). The tire identification number contains 7 to 11 characters and is preceded by the letters "DOT" on the tire between the maximum width section and the bead, usually near the rim flange on the opposite side of the whitewall or on either side of a blackwall tire.

Any information you provide on this questionnaire is **ENTIRELY VOLUNTARY**. There is **NO CONSEQUENCE** or **PENALTY** of any kind if you **DO NOT** wish to provide it. We seek this information so that this agency can help you and other owners with similar problems and to allow us to combine this information with similar owner reports to develop both statistical and investigatory evidence which will help identify potential safety-related problems in motor vehicles or items of motor vehicle equipment.

Sincerely,

Information Management Branch  
Auto Safety Hotline

2 Enclosures:  
Self-addressed Questionnaire  
Auto Safety Hotline Pamphlet



AUTO SAFETY HOTLINE  
(800) 424-9393  
Wash. D.C. Area 386-0123



# DON DANIEL AUTO, INC.

CARRETERA NUM. 2, KM. 8.3  
BAYAMON, P.R.  
Tels. 787-9628 / 787-6537 / 740-3009  
Fax 787-8488

BOX 3986  
BAYAMON GARDENS STA.  
BAYAMON, P.R. 00958

Nº 19495

FECHA 21- Febrero - 95

RECIBI DE

LA CANTIDAD

noventa y Dos Dólares \$ 92.<sup>00</sup>

Efectivo <input checked="" type="checkbox"/>	Cheque <input type="checkbox"/>	Otro <input type="checkbox"/>
--	---------------------------------	-------------------------------

POR CONCEPTO DE:

Pago Tablilla

BALANCE ANTERIOR \$

ABONO \$

BALANCE \$

FIRMA AUTORIZADA:

Keyta Colla 1995  
UTDAE04B5S0105288  
E.R.R.



# DON DANIEL AUTO, INC.

CARRETERA NUM. 2, KM. 8.3  
BAYAMON, P.R.  
Tels. 787-9628 / 787-6537 / 740-3009  
Fax 787-8488

BOX 3986  
BAYAMON GARDENS STA.  
BAYAMON, P.R. 00958

Nº 19494

FECHA 21- Febrero - 95

RECIBI DE

LA CANTIDAD

Quince mil Seiscientos Dólares 15600

Efectivo <input type="checkbox"/>	Cheque <input checked="" type="checkbox"/>	Otro <input type="checkbox"/>
-----------------------------------	--	-------------------------------

POR CONCEPTO DE:

Pago Keyta

BALANCE ANTERIOR \$

ABONO \$

BALANCE \$

FIRMA AUTORIZADA:

Colla 1995  
UTDAE04B5S0105288  
E.R.R.

W-516 - AP-1304 - CAYMAN IS. 00726-1304



# DON DANIEL AUTO, INC.

**TOYOTA**

"DEALER AUTORIZADO TOYOTA"

CARRETERA NUM. 2, KM. 8.3  
BAYAMON, P.R.

Tels. 787-9628 / 787-6537 / 740-3009  
Fax 787-8488

BOX 3986  
BAYAMON GARDENS STA.  
BAYAMON, P.R. 00958

STOCK NO. 013560

Nº **5258**

Nombre de

Dirección

Teléfono

Residencia

Negocio

Sirve Entrar Mi Orden Por

Toyota Bulla

1995

Carrocería

Color

AUTOMOVIL  
CAMION

NUEVO  
USADO

Serie Núm.

1T1DAG504R550105280

(Si es un vehículo usado)

Licencia  
Número

BYD-947

Ex-Dueño

Febrero 19 95  
PR. 00725

VEHICULO USADO TOMADO A CAMBIO

MARCA	PRECIO UNIDAD	15600.00
AÑO MODELO	EQUIPO EXTRA INCLUIDO:	
SERIE NUM.		
LICENCIA		
BALANCE ADEUDADO A:		
CUENTA NO.	DIRECCION	
CREDITO POR CARRO USADO	\$	
BALANCE ADEUDADO		
CREDITO NETO		
PAGO DE CONTADO	7600.00	
CREDITO EN SU CUENTA		
OTROS PAGOS		
CREDITO TOTAL	7600.00	
	TABLILLA Y SEG. ACAA	
	PRECIO TOTAL	15600.00
	CREDITO TOTAL	7600.00
	BALANCE A PAGAR	8000.00
	SEGURO DE DEUDA	
	SEGLNO DE VIDA	

BALANCE - CONTRATO A PAGARSE DE ACUERDO CON:  
 HIPOTECA BIENES MUEBLES  
 CONTRATO DE VENTA CONDICIONAL

Para ser suscrito en o antes de la entrega

EN \_\_\_\_\_ PLAZOS MENSUALES DE \$ \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ PLAZOS MENSUALES DE \$ \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ PLAZOS MENSUALES DE \$ \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ PLAZOS MENSUALES DE \$ \_\_\_\_\_

EMPEZANDO \_\_\_\_\_

CREDITO APROBADO:

RECIBIDO

\$ \_\_\_\_\_ P.O.

CHEQUE  CONTADO  G.P.

Recibí Certificado Garantía Dispuesto Reglamento ASERCO VIGENTE Junio 22, 1972, correspondiente a este Vehículo.  
Millaje Vehículo \_\_\_\_\_ Millas Fecha \_\_\_\_\_

CARGOS POR FINANCIAMIENTO

BALANCE - CONTRATO

OBSERVACIONES: Regular Share Acc

399725-011-4

Manchete ACC-1160152-03-9

PAGO PD. TABLAS

EL COMPRADOR SE COMPROMETE A PAGAR TODA DEUDA O MULTA ADMINISTRATIVA QUE TENGA EL TRADE-IN A LA FECHA DE ENTREGA. TOMAMOS Y VENDEMOS TODAS LAS UNIDADES USADAS POR EL REGISTRO OFICIAL DEL DEPTO. DE OBRAS PUBLICAS. TODO NEGOCIO ESTA SUJETO A LA APROBACION DE CREDITO DE LA CASA FINANCIADORA Y DE NO SER DICHO CREDITO EXTENDIDO QUEDA ACORDADO QUE LA COMPAÑIA PODRA RECOGER LA UNIDAD A MENOS QUE DICHO BALANCE SEA SALDADO EN EFECTIVO DE INMEDIATO. ADEMÁS, SI SU CREDITO NO ES APROBADO Y SI SE VENDIERA EL TRADE-IN SE REMBOLSARA LA CANTIDAD POR LA CUAL SE VENDE DICHO TRADE-IN MENOS LOS GASTOS DE PREPARACION Y VENTA DE DICHO VEHICULO.

Firma Comprador: \_\_\_\_\_

FIRMA GERENTE AUTORIZADO VENTA

Fecha de Nacimiento 12/09/81

ESTE CONTRATO NO ES VALIDO SI NO ESTA FIRMADO POR UN OFICIAL DE LA COMPAÑIA.

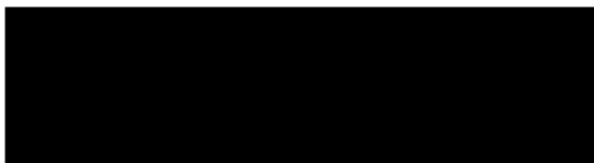
BRANCH OFFICE: 16 MEJICO ST. SAN JUAN, PUERTO RICO 00917  
PO BOX 191899 SAN JUAN, PUERTO RICO 00919-1899

PONCE OFFICE: CENTRO COMERCIAL DEL SUR - OFFICE 36-E  
PONCE, PUERTO RICO 00731  
PO BOX 7457 PONCE, PUERTO RICO 00732-7457

MAYAGUEZ OFFICE: EDIF. MEDICO PROFESIONAL AVE. CORAZONES 1065  
OFICINA 206 MAYAGUEZ, PUERTO RICO 00680  
PO BOX 3737 MAYAGUEZ, PUERTO RICO 00681-3737



31 de marzo de 2000



RE: RECLAMACION : 921-602

Estimada Sra. Flores:

Sirva la presente para informarle que luego de recibir la notificación de los daños ocultos y la pieza relacionada con este, la misma no guarda relación directa con la pérdida, si no algún desperfecto mecánico el cual no está cubierto por este contrato de seguro, según especificaciones del fabricante estas piezas tienen que ser reemplazadas a cierto tiempo, para que el sistema de air bag funcione correctamente, por tal razón no podemos honrar su reclamo.

En vista de lo anterior, procederemos a cerrar el caso sin pago alguno.

Gracias por la oportunidad de servirle y espero poder ayudarle en un futuro.

Atentamente,

A handwritten signature in black ink, appearing to read "Freddie Cuadrado".

Freddie Cuadrado  
Senior Claims Representative

CERTIFICADO DE PROPIEDAD

NUMERO DE TITULO <b>A 1001388</b>		FECHA EMISION <b>04/27/95</b>	NUMERO DE REGISTRO <b>3908966-7</b>	FECHA REGISTRO <b>02/21/95</b>
NUMERO DE SERIE (VIN) <b>JT2AE04B560105288</b>		MARCA <b>TOY</b>	MODELO <b>COR</b>	AÑO <b>95</b>
CAP CARGA <b>0</b>	PESO <b>0</b>	NUMERO USADO <b>NUEVO</b>	CONDICION DE <b>NO</b>	ESTADO <b>JP</b>
		NUM. QUILÓMETROS <b>00016</b>	COLOR <b>BLA</b>	

NOMBRE Y DIRECCION DEL DUEÑO REGISTRAL



ESTE ES SU TITULO DE PROPIEDAD. CONSERVELO EN SITIO SEGURO.

GRAVAMENES

PRIMER GRAVAMEN (VENTA CONDICIONAL)

FECHA  
D A MES AÑO

SEGUNDO GRAVAMEN (OTROS)

CANCELACION GRAVAMEN

EL (LOS) ABAJO FIRMANTE (S) TENEDOR (ES) DEL GRAVAMEN SOBRE EL VEHICULO DE MOTOP DESCRITO ARRIBA CERTIFICAMOS QUE EL MISMO HA SIDO PAGADO (S). MAS DE UN GRAVAMEN DEBERAN APARECER DOS (2) FIRMAS)

PRIMER GRAVAMEN \_\_\_\_\_ FECHA \_\_\_\_\_ FIRMA AUTORIZADA \_\_\_\_\_

SEGUNDO GRAVAMEN \_\_\_\_\_ FECHA \_\_\_\_\_ FIRMA AUTORIZADA \_\_\_\_\_

*[Signature]*  
SECRETARIO DTOP  
O REPRESENTANTE AUTORIZADO

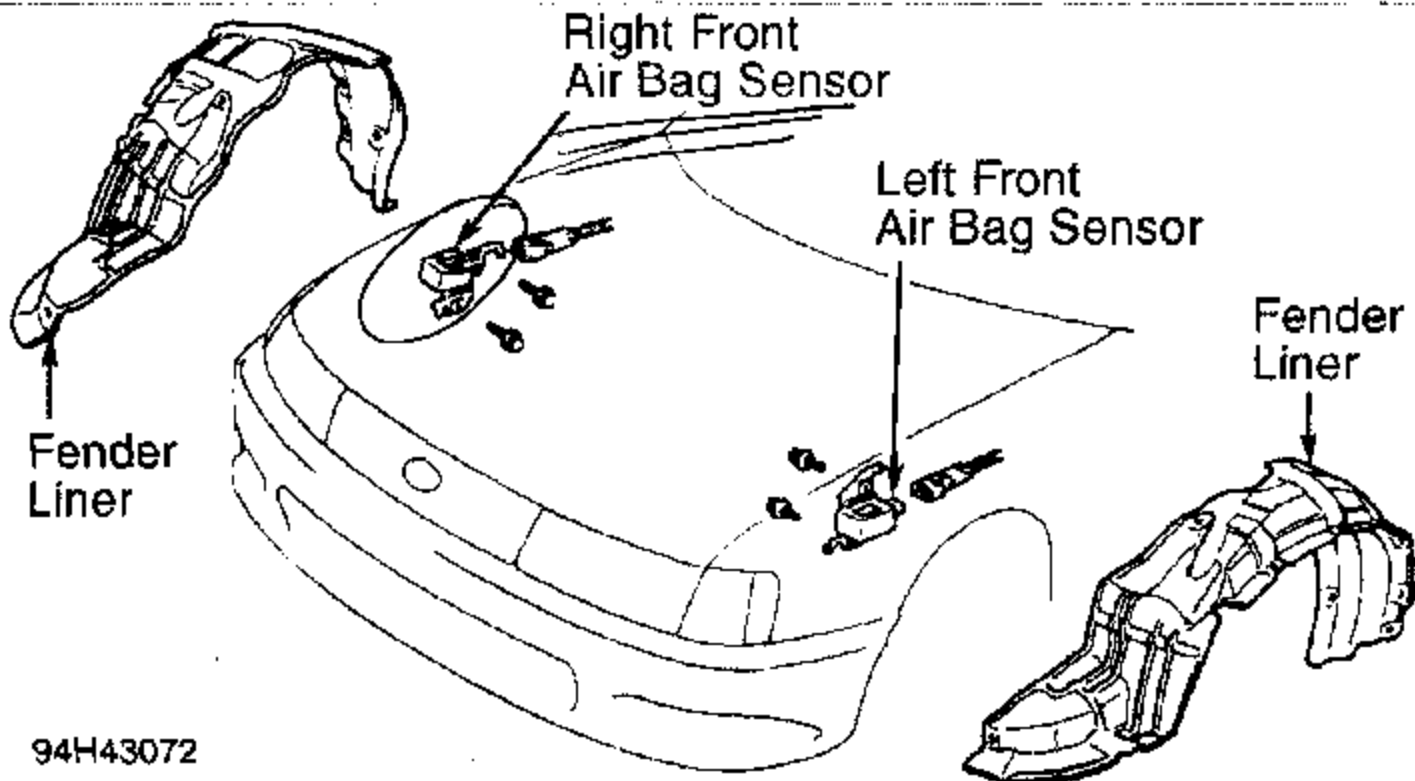
NUMERO CONTROL

**A-1750663**

AIR BAG RESTRAINT SYSTEM

DATA AUTO  
CALLE GEOGETTI A-1  
CAGUAS PR., PUERTO RICO 00725 787-258-3535

Fig. 7: Removing Front Air Bag Sensors (Similar)  
Courtesy of Toyota Motor Sales, U.S.A., Inc.  
1995 Toyota Corolla



ESTADO LIBRE ASOCIADO DE PUERTO RICO  
POLICIA DE PUERTO RICO  
Informe de Accidente de Tránsito

Núm. Que esta 99-6013-23246  
Núm. Informe 6403  
Area CAGUAS

1. Fecha (Día-Mes-Año) 20/01/99	2. Hora 3:00 PM	3. Día Martes	4. Municipio de Occurrencia CAGUAS	5. Fecha, lugar, estado a conducir	6. Tipo de Vehículo	7. Clase de Vehículo	8. Código	
6. Sitio del Accidente (Calle o carretera, Kilómetro-Redondeo) 177 Ave. Res. AV-8 Res. BARRA				7. Código del Sitio o Localización				8. Código
9. Clasificación Funcional y Federal				10. Tipo de Colisión				11. Código
10. Núm. Veh.	11. Núm. Part.	12. Núm. Her.	13. Núm. Muert.	14. Clase Accidente	15. Tipo de Colisión			
2	0	0	0	3	15. Tipo de Colisión			

16. Nombre Conductor Veh. #1 (paterno, materno, nombre)				17. Sexo	18. Edad	19. Teléfono	20. Ocupación
[Redacted]				M	76	[Redacted]	15
21. Tipo de Vehículo				22. Año	23. Modelo	24. Estado	25. Inspección
21. Tipo de Vehículo				22. Año	23. Modelo	24. Estado	25. Inspección
26. Nombre Conductor Veh. #2 (paterno, materno, nombre)				27. Sexo	28. Edad	29. Teléfono	30. Ocupación
26. Nombre Conductor Veh. #2 (paterno, materno, nombre)				27. Sexo	28. Edad	29. Teléfono	30. Ocupación

31. Condición (operación)				32. Análisis	33. Hw. Alcoh.	34. Res. 25 Mt.	35. Seguía Socia
31. Condición (operación)				32. Análisis	33. Hw. Alcoh.	34. Res. 25 Mt.	35. Seguía Socia
36. Tipo				37. Uso	38. Categoría	39. Arreglo	40. Defecto Mec. Veh. Con.
36. Tipo				37. Uso	38. Categoría	39. Arreglo	40. Defecto Mec. Veh. Con.
41. Nombre Conductor Veh. #1 (paterno, materno, nombre)				42. Sexo	43. Edad	44. Teléfono	45. Ocupación
41. Nombre Conductor Veh. #1 (paterno, materno, nombre)				42. Sexo	43. Edad	44. Teléfono	45. Ocupación

46. Nombre Conductor Veh. #2 (paterno, materno, nombre)				47. Sexo	48. Edad	49. Teléfono	50. Ocupación
46. Nombre Conductor Veh. #2 (paterno, materno, nombre)				47. Sexo	48. Edad	49. Teléfono	50. Ocupación

ESTADO LIBRE ASOCIADO DE PUERTO RICO  
**POLICIA DE PUERTO RICO**  
 Informe de Accidente de Tránsito  
 (Continuación)

Núm. Querrela 99-6013-23246  
 Núm. Informe 6403  
 Área AGUAS

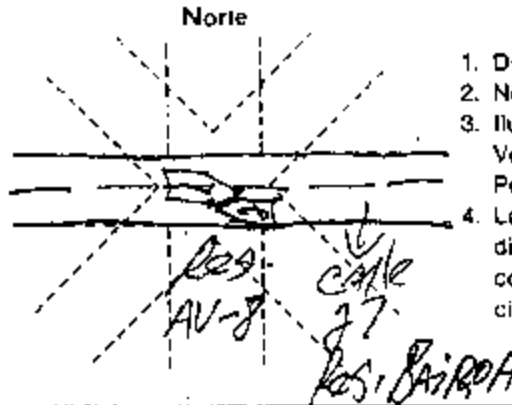
PRR-93  
 REV. 01/88  
 PAG. 2

NOMBRE DE HERIDOS O MUERTOS	115. Nombre <u>PELUDRE TORRES, Carlos R.</u>	116A. Veh. <u>M</u>	116. Sexo <u>M</u>	117. Edad <u>76</u>	118. Heridas <u>01</u>	119. Tipo Lesión <u>07</u>	120. Expulsión <u>00</u>	121. Primeros Auxilios por	Equipo de Seguridad								
	122. Dirección <u>Calle AIN-9 Res. RAJADA CAGUAS</u>	124. Transportado por <u>Propio cuenta</u>							123. Primeros Auxilios por	Equipo de Seguridad							
	123. Nombre	125A. Veh.	125. Sexo	127. Edad	128. Heridas	129. Tipo Lesión	130. Expulsión	131. Primeros Auxilios por	Equipo de Seguridad								
	123. Dirección	134. Transportado por							132. Primeros Auxilios por	Equipo de Seguridad							
	123. Transportado a:	134. Transportado por							132. Primeros Auxilios por	Equipo de Seguridad							
125. Nombre	125A. Veh.	125. Sexo	127. Edad	128. Heridas	129. Tipo Lesión	130. Expulsión	131. Primeros Auxilios por	Equipo de Seguridad									
142. Dirección	144. Transportado por							143. Primeros Auxilios por	Equipo de Seguridad								
143. Transportado a:	144. Transportado por							143. Primeros Auxilios por	Equipo de Seguridad								
145. Nombre	145A. Veh.	145. Sexo	147. Edad	148. Heridas	149. Tipo Lesión	150. Expulsión	151. Primeros Auxilios por	Equipo de Seguridad									
152. Dirección	154. Transportado por							153. Primeros Auxilios por	Equipo de Seguridad								
153. Transportado a:	154. Transportado por							153. Primeros Auxilios por	Equipo de Seguridad								
155. Nombre	155A. Veh.	155. Sexo	157. Edad	158. Heridas	159. Tipo Lesión	160. Expulsión	161. Primeros Auxilios por	Equipo de Seguridad									
162. Dirección	164. Transportado por							163. Primeros Auxilios por	Equipo de Seguridad								
163. Transportado a:	164. Transportado por							163. Primeros Auxilios por	Equipo de Seguridad								
Anular los siguientes códigos correspondientes a los heridos o muertos		Heridas		Tipo de Lesión		Expulsión		Primeros Auxilios por									
		1. Conductor 2. Pasajero 3. Peatón 4. Ciclista		5. Motorista 6. No aplica 97. Otro		00 - Herida leve 01 - Herida 04 - Muerte 06 - Señal - roja		00 - Ninguna 01 - Completa 02 - Parcial		04 - Atropado 06 - No aplica 98 - Desconocido		1. Ambulancia 2. Médico 3. Paramédico 4. Policía		97 - Otro 98 - Ninguno 99 - Desconocido			
172. Descripción del accidente. Utilice la hoja suplementaria para la descripción del accidente. Para más de dos vehículos o 5 heridos y/o muertos ubique seis adicionales.																	
173. Defectos en carr.		174. Superficie		175. Condición		176. Accidente relacionado con zona de construcción?		177. Materiales relacionados a colisión		178. Fuentes de Materiales		179. Características de carretera					
04 - Paseo/Cuneta-baja 05 - Paseo/Cuneta-alta 06 - Mayas etc. 07 - Otro 08 - Ninguna		04 - Sin pavimento 15 - Asfalto 16 - Concreto 21 - Ladilla 97 - Otro		01 - Seco 02 - Mojado 06 - Húmeda 97 - Otro		1. Si 2. No		01 - Roca 07 - Acero 02 - Hierro 07 - Otro 03 - Tierra 08 - Ninguno 04 - Gravel 08 - Arena		01 - horizontal 02 - Perdió Carga de veh. 04 - Conjeto en carrilado de veh.		95 - No aplica 97 - Otro 99 - Desconocido		1. Recta-lana 7. Curva-cuneta-arriba 2. Recta-cuneta-abajo 8. Curva-topo-cabeza 3. Recta-cuneta-arriba 97. Otro 4. Curva-lana 8. Curva-topo-abajo			
180. Visión obtenida por		181. Control de Tránsito		182. Control en Función		183. Carretera opuestas separadas por:		184. Carretera		185. Carr. de una sola dirección							
01 - Estrechada 02 - Róculos 03 - Arbolos 04 - Colinas 05 - Curva en carril 07 - Neblina 08 - Vehículos		09 - Cegado por sol 10 - Fuego/humo 11 - Polvo 12 - Cegado por luces 13 - Tarpalen		14 - L. Joven 15 - garrasas 16 - No obstaculizado 17 - Otro 99 - Desconocido		01 - Policía 02 - Abandono 03 - Control peatonal 04 - Semáforo 05 - Semáforo intermitente 06 - Señal de carril		01 - Señal roja al paso 02 - Zona no de paso 03 - Otro 04 - Ninguno		1. 1.5 2. No 3. N/A		1. Isleta 5. Barrera metal 2. Línea sencilla 7. Verja 3. Línea doble 8. Otro 4. Barrera hormigón 99. Ninguno		1. Un carril 6. más o más 2. Dos carriles 7. carriles 3. Tres carriles 4. Cuatro carriles		1. Si 2. No	
186. Visibilidad		187. Clima		188. Zona		189. Daños a propiedad no vehicular		190. Descripción de propiedad afectada									
01 - De día 02 - Amanecer 03 - Atardecer 04 - Oscuro 05 - Oscuro plumbado		01 - Niebla 04 - Viento 05 - Claro 06 - Nublado 07 - Lluvia 97 - Otro		01 - Residencial 02 - Industrial 03 - Comercial 04 - Escolar 05 - Parque		1. Ninguna visible 2. Poco 3. Moderado 4. Severo		Descripción de propiedad afectada									
190. Hora notificación a Policía		191. Hora Policía llegó		192. Hora notificación a SEM		193. Hora SEM llegó		Nombre dueño									
<u>7:10 AM</u>		<u>7:30 AM</u>															
195. Nombre del testigo		196. Dirección		197. Teléfono													
198. Nombre del testigo		199. Dirección		200. Teléfono													
201. Nombre Policía Ilustre de mando		202. Hora de salida		203. Precisa - Destino Unidad de Trabajo													
<u>Pedro Reyes</u>		<u>7:40</u>		<u>Dpto. CAGUAS</u>													
204. Firma Policía Ilustre de mando		205. Fecha		206. Nombre Supervisor (Llenar en caso de morir)		207. Firma del Supervisor		208. Fecha									
<u>[Firma]</u>		<u>7/20/99</u>		<u>Roberto Hernandez 7-672</u>		<u>[Firma]</u>		<u>20/09/99</u>									

AREA

DESCRIPCION DEL ACCIDENTE

Indique lo que sucedió en este diagrama



1. Dibuje con líneas sólidas los carriles o carr.
2. Nombre las calles o carreteras
3. Ilustre los vehículos o peatones así  
Vehículos 1 2  
Peatones 0
4. Las flechas con líneas sólidas indican dirección antes del impacto, use líneas cortadas para flechas que indican dirección después del impacto.

INVESTIGACION REALIZADA

- 01 En el sitio del accidente
- 02 Fuera del sitio del accidente 01

NARRATIVO DEL ACCIDENTE

Haga un breve resumen de como sucedió el accidente. Diga nombre de los testigos y resolución del juez. Incluya cualquier otra información, según alegan las partes, o testigos.

El auto #1 robado de Oeste a Este por la calle 27 del Res. Barrios en Caguas, y al llegar frente a la residencia AV-8, su conductor, perdió el control del volante debido a una condición física ya que se quedó dormido y a cual por tal razón este impactó con su parte delantera y lateral derecha a la parte delantera y lateral derecha del auto #2, el cual estaba estacionado en el lugar.

El conductor del auto #1 resultó con lesiones leves, quien manifestó que posteriormente irá al médico. Este caso será citado oportunamente.

Nombre del Policía Investigador <u>[Firma]</u>	Placa del Policía Investigador <u>13096</u>
Firma Policía Investigador <u>[Firma]</u>	Fecha (D-Mes-Año) <u>2 NOV 99</u>
Firma de Supervisor <u>[Firma]</u>	Fecha (D-Mes-Año) <u>7 NOV 99</u>





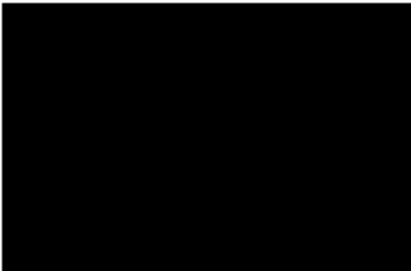
*Orlando Franco*  
*Departamento de Piezas y Servicio*

*PO Box 4952, Suite 203*  
*Caguas, P.R. 00726-4952*

*Tel. 745-2015 / 2070*  
*Fax 744-8707*

Joaquín Peña ✓  
 #1629 Ave. Jesús T. Pinero  
 tel. 782-5013, 5017  
 #921602

Fredy Cuabro JS



MIGUEL A. RODRIGUE 3170 12/27/88 TOCS13391  
 BYD947 28800 VERDE/  
 85/TOYOTA/COROLLA 02/21/85  
 JT2AE04B5SD 105288  
 12/27/89 MO: 28800

JOB# 1 CHARGES-----

LABOR-----  
 J# 1 SITOZ ELECTRICO CAJA TECH(S):1117 45.00  
 INFORMA LUZ DE AIR BAG PRENDIDA TODO EL TIEMPO  
 PIEZA SEPARADA.  
 SE REPLAZO SENSOR DEL AIR BAG LADO DERECHO Y SE  
 REPROGRAMO COMPUTADORA.

PARTS-----QTY---FP-NUMBER-----DESCRIPTION-----UNIT PRICE-  
 1 89173-09030 SENSOR, AIR BAG. 155.00  
 TOTAL - PARTS 155.00

JOB# 1 TOTALS-----  
 LABOR 45.00  
 PARTS 155.00

JOB# 1 JOURNAL PREFIX TOCS JOB# 1 TOTAL 200.00

TOTALS-----

\*\*\*\*\*  
 \* [ ] CASH [ ] CHECK CK NO. [ ] \*  
 \* [ ] VISA [ ] MASTERCARD [ ] DISCOVER \*  
 \* [ ] AMER XPRESS [ ] OTHER [ ] CHARGE \*  
 \*\*\*\*\*  
 TOTAL LABOR.... 45.00  
 TOTAL PARTS.... 155.00  
 TOTAL SUBLET... 0.00  
 TOTAL G.O.G.... 0.00  
 TOTAL MISC CHG. 0.00  
 TOTAL MISC DISC 0.00  
 TOTAL TAX..... 0.00  
 TOTAL INVOICE \$ 200.00

*Se llama al  
 Cliente y dijo  
 que pasara en la  
 Presencia de...*

CUSTOMER SIGNATURE

3911

MIGUEL A. RODRIGUE 3170

12/22/98

TOCS13249

BYD947

28578

VERDE/

95/TOYOTA/COROLLA

02/21/95

JT2AE04B5S0 105288

12/20/99

MO: 28578

JOB# 1 CHARGES

LABOR-----

J# 1 51DZ	ELECTRICO CAJA	TECH(S):1117	45.00
	INFORMA AUTO FUE ACIDENTADO AIR BAG NO ABRIERON LUEGO DE		
	REPARAR UNIDAD PRENDIO LUZ DE AIR BAG		
	NESESARIO REPLAZAR SENSOR DEL AIR BAG DERECHO		
	SE ORDENO PIEZA.		

PARTS-----

QTY	FP NUMBER	DESCRIPTION	UNIT PRICE	
0	89173-09030	SENSOR, AIR BAG	242.79	0.00
PART ON SPECIAL ORDER				
** QUANTITY 1 IS SPECIAL ORDERED **				
TOTAL - PARTS				0.00

JOB# 1 TOTALS-----

	LABOR	45.00
	JOB# 1 JOURNAL PREFIX TOCS JOB# 1 TOTAL	45.00

TOTALS-----

*****	TOTAL LABOR....	45.00
*	TOTAL PARTS....	0.00
* [ ] CASH [ ] CHECK CK NO. [ ]	TOTAL SUBLET....	0.00
*	TOTAL G.D.G....	0.00
* [ ] VISA [ ] MASTERCARD [ ] DISCOVER	TOTAL MISC CHG....	0.00
*	TOTAL MISC DISC....	0.00
* [ ] AMER XPRESS [ ] OTHER [ ] CHARGE	TOTAL TAX.....	0.00
*****	TOTAL INVOICE \$	45.00

-----

CUSTOMER SIGNATURE

\*\*\*\*\* DUPLICATE INVOICE \*\*\*\*\*

3811

MIGUEL A. RODRIGUE 3170

12/22/98

TOCS13248

BYD847

28578

VERDE/

95/TOYOTA/COROLLA

02/21/95

JT2AE04B5S0 105288

12/20/98

MO: 28578

JOB# 1 CHARGES

LABOR-----  
 JOB# 1 5170Z ELECTRICO CAJA TECH(S):1117 45.00  
 INFORMA AUTO FUE ACIDENTADO ATR BAG NO ABRIERON LUEGO DE  
 REPARAR UNIDAD PRENDIO LUZ DE AIR BAG  
 NESESARIO REPLAZAR SENSOR DEL AIR BAG DER'CHO  
 SE ORDENO PIEZA.

PARTS-----QTY---FP-NUMBER-----DESCRIPTION-----UNIT PRICE-----  
 0 89173-09030 SENSOR, AIR BAG 242.79 0.00  
 PART ON SPECIAL ORDER  
 \*\* QUANTITY 1 IS SPECIAL ORDERED \*\*  
 TOTAL - PARTS 0.00

JOB# 1 TOTALS-----  
 LABOR 45.00  
 JOB# 1 JOURNAL PREFIX TOCS JOB# 1 TOTAL 45.00

TOTALS

\*\*\*\*\*  
 \* [ ] CASH [ ] CHECK CK NO. [ ] \*  
 \* [ ] VISA [ ] MASTERCARD [ ] DISCOVER \*  
 \* [ ] AMER XPRESS [ ] OTHER [ ] CHARGE \*  
 \*\*\*\*\*  
 TOTAL LABOR.... 45.00  
 TOTAL PARTS.... 0.00  
 TOTAL SUBLET... 0.00  
 TOTAL G.O.G.... 0.00  
 TOTAL MISC CHG. 0.00  
 TOTAL MISC DISC 0.00  
 TOTAL TAX..... 0.00  
 TOTAL INVOICE \$ 45.00

CUSTOMER SIGNATURE

APPLICABLE TO OHIO ONLY: For your protection, Ohio law requires the following to appear on this form: Any person who, with intent to defraud or knowing that he/she is facilitating a fraud against an insurer, submits an application or files a claim containing a false or deceptive statement is guilty of insurance fraud.

1. SETTLEMENT AND SUBROGATION ASSIGNMENT

Nationwide (1) [blank] Insurance Company
(P.H.) [blank] by Policy Number [blank]
against loss or damage to Yr. [blank] Make [blank] VIN [blank]

for \$ [blank] Deductible Comp. [ ] \$ [blank] Deductible Collision [ ]
[ ] A loss occurred on [blank] 19 59

In consideration of the sum of \$ [blank] including applicable Sales Taxes, paid by the Company, the undersigned agrees to indemnify and forever hold harmless the Company from all claims whatsoever kind or nature arising out of the loss to their vehicle on the above mentioned date.

In consideration of such payment the undersigned hereby assigns and transfers to the said Company each and all claims and demands against any person, persons, firm or corporation arising from or connected with such loss or damage (and the said Company is subrogated in the place of and to the claims and demands of the undersigned against said person, persons or property in the premises, to the extent of the amount above named. The undersigned further states that no monies have been paid to him by the party at fault and that he has executed no release of his claim against such party and that he will assist the Company in the prosecution of such claim and will execute any and all papers necessary in effecting recovery.

Dated [blank] Policyholder Signature: [blank]

2. CASH SETTLEMENT

The undersigned hereby requests a cash settlement upon acceptance of the amount noted above (Section 1) of the Nationwide (1) [blank] Insurance Company in full payment for the loss described above.

The agreed amount of the settlement is: Actual Cash Value (Less any applicable deductible)
Sales Tax [blank] Total [blank] This request is made upon the following representations:

a. The undersigned is the sole owner of said motor vehicle [ ] Yes [ ] No mortgaged to [blank]

b. The motor vehicle is not covered by any other insurance, except [blank]

This settlement includes: Towing [ ] Storage [ ] No Towing or Storage [ ] Other [ ]

Further, I request that the coverages: Comp. [ ] Coll. [ ] P.D. & B.I. [ ] T. & L. [ ] Med. Pay. [ ] Fam. Comp. [ ] UMC [ ]

Other [ ]

[ ] Be transferred to [blank] [ ] Be cancelled on [blank]

The motor vehicle will be: [ ] Sold for salvage [ ] Retained by insured Salvage sold to: [blank]

It is expressly agreed that this instrument shall be void if the undersigned has misrepresented the facts as to the above representations and said Company may recover from the undersigned any payment made under this instrument.

Dated [blank] Policyholder Signature: [blank]

3. REPAIR ORDER

\*INDICATE YOUR TIN NUMBER [blank]

Nationwide (1) [blank] Insurance Company

hereby authorizes (Garage): [blank]

To make repairs to the motor vehicle owned by and described in Section 1 above. To be repaired as follows: [blank]

Final bill to be settled as follows: Policyholder pays \$ [blank] Company pays \$ [blank]

It is understood that if this work can be properly done for less than the above estimate, the charges shall be submitted accordingly. In the event any additional repairs are found necessary, the garage will notify the adjuster before the repairs are made.

\*REPAIRING GARAGE MUST FURNISH INSURANCE COMPANIES THEIR TAX IDENTIFICATION NUMBER (TIN) BEFORE DIRECT PAYMENT IS MADE

4. ATTENTION GARAGE—What To Do After Motor Vehicle Is Repaired:

- Collect \$ [blank] from insured.
• Have insured sign Settlement and Subrogation Assignment.
• Complete the date. • Attach your itemized bill.
• Mail form and final bill to Adjuster at address shown.

ADJUSTER: [blank]

Address: [blank]

Date: [blank] Agent's Number: [blank]

(1) NATIONWIDE MUTUAL INSURANCE COMPANY, NATIONWIDE MUTUAL FIRE INSURANCE COMPANY, NATIONWIDE GENERAL INSURANCE COMPANY, NATIONWIDE PROPERTY AND CASUALTY INSURANCE COMPANY, OR NATIONWIDE INDEMNITY COMPANY.

**APPLICABLE TO OHIO ONLY:** For your protection, Ohio law requires the following to appear on this form: Any person who, with intent to defraud or knowing that he/she is facilitating a fraud against an insurer, submits an application or files a claim containing a false or deceptive statement is guilty of insurance fraud.

**1. SETTLEMENT AND SUBROGATION ASSIGNMENT**

Nationwide (1) \_\_\_\_\_ Insurance Company  
 (P.H.) \_\_\_\_\_ by Policy Number \_\_\_\_\_  
 against loss or damage to Yr. \_\_\_\_\_ Make \_\_\_\_\_ VIN \_\_\_\_\_  
 for \$ \_\_\_\_\_ Deductible Comp.  \$ \_\_\_\_\_ Deductible Collision   
 A loss occurred on \_\_\_\_\_, 19 \_\_\_\_\_

In consideration of the sum of \$ 2,907.68 including applicable Sales Taxes, paid by the Company, the undersigned agrees to indemnify and forever hold harmless the Company from all claims whatsoever kind or nature arising out of the loss to their vehicle on the above mentioned date.

In consideration of such payment the undersigned hereby assigns and transfers to the said Company each and all claims and demands against any person, persons, firm or corporation arising from or connected with such loss or damage (and the said Company is subrogated in the place of and to the claims and demands of the undersigned against said person, persons or property in the premises), to the extent of the amount above named. The undersigned further states that no monies have been paid to him by the party at fault and that he has executed no release of his claim against such party and that he will assist the Company in the prosecution of such claim and will execute any and all papers necessary in effecting recovery.

Dated \_\_\_\_\_ Policyholder Signature: \_\_\_\_\_

**2. CASH SETTLEMENT**

The undersigned hereby requests a cash settlement upon acceptance of the amount noted above (Section 1) of the Nationwide (1) \_\_\_\_\_ Insurance Company in full payment for the loss described above

The agreed amount of the settlement is: Actual Cash Value (less any applicable deductible)

\_\_\_\_\_, Sales Tax \_\_\_\_\_, Total \_\_\_\_\_ This request is made upon the following representations:

a. The undersigned is the sole owner of said motor vehicle  Yes  No mortgaged to \_\_\_\_\_

b. The motor vehicle is not covered by any other insurance, except \_\_\_\_\_

This settlement includes: Towing  Storage  No Towing or Storage  Other

Further, I request that the coverages: Comp.  Cr.  P.D. & B.I.  T. & L.  Med. Pay.  Fam. Comp.  UMC

Other \_\_\_\_\_

Be transferred to \_\_\_\_\_  Be cancelled on \_\_\_\_\_

The motor vehicle will be:  Sold for salvage  Retained by insured Salvage sold to: \_\_\_\_\_

It is expressly agreed that this instrument shall be void if the undersigned has misrepresented the facts as to the above representations and said Company may recover from the undersigned any payment made under this instrument.

Dated \_\_\_\_\_ Policyholder Signature: \_\_\_\_\_

**3. REPAIR ORDER**

\*INDICATE YOUR TIN NUMBER \_\_\_\_\_

Nationwide (1) \_\_\_\_\_ Insurance Company

hereby authorizes (Garage): \_\_\_\_\_

To make repairs to the motor vehicle owned by and described in Section 1 above. To be repaired as follows: \_\_\_\_\_

Final bill to be settled as follows: Policyholder pays \$ \_\_\_\_\_ Company pays \$ \_\_\_\_\_

It is understood that if this work can be properly done for less than the above estimate, the charges shall be submitted accordingly. In the event any additional repairs are found necessary, the garage will notify the adjuster before the repairs are made.

\*REPAIRING GARAGE MUST FURNISH INSURANCE COMPANIES THEIR TAX IDENTIFICATION NUMBER (TIN) BEFORE DIRECT PAYMENT IS MADE

**4. ATTENTION GARAGE—What To Do After Motor Vehicle Is Repaired:**

- Collect \$ \_\_\_\_\_ from insured.
- Have insured sign Settlement and Subrogation Assignment.
- Complete the date. • Attach your itemized bill.
- Mail form and final bill to Adjuster at address shown. →

ADJUSTER: \_\_\_\_\_

Address: \_\_\_\_\_

Date: \_\_\_\_\_ Agent's Number: \_\_\_\_\_