

A. FECHA LUGAR Y CLASE DE ACCIDENTE

1. Fecha: día / mes / año A) Hora: A.M P.M
2. Lugar: a) Provincia: B) Distrito C Corregimiento (Especifique)
- d) Accidente ocurrió: Centro Poblado: (Nombre de la ciudad o pueblo)
- e) Nombre de la calle, avenida, etc.
- f) Sucedió En Intersección Entre Intersección
3. Trayecto: a) Recta b) Curva c) A Nivel d) En pendiente o en Cuesta
4. Superficie de la Vía a) Concreto b) Asfalto c) Tierra d) Otros (Especifique)
5. Condiciones de la Vía a) Seca b) Humedad c) Buena d) Defectuosa
- e) En Reparación f) Otros (Especifique)
6. Señales de Tránsito: a) Si b) No c) Otros (Especifique)
7. Clase de Accidente: a) Colisión Caída de objeto del vehículo
- e) Otros (Especifique)
8. Número de vehículos que participaron en el accidente

B. CONDUCTOR A

1. Nombre
2. No. De Cédula S.S.
3. Sexo a) F b) M Edad
4. Nacionalidad
5. Lugar de Trabajo
6. Ocupación
7. Teléfono: Resid Trabajo
8. Residencia
9. Otros causantes del accidente

B. CONDUCTOR B

1. Nombre
2. No. De Cédula S.S.
3. Sexo a) F b) M Edad
4. Nacionalidad
5. Lugar de Trabajo
6. Ocupación
7. Teléfono: Resid Trabajo
8. Residencia
9. Otros causantes del accidente

C. PROPIETARIO A

1. Propietario
2. No. de Cédula S.S:

C. PROPIETARIO B

1. Propietario
2. No. de Cédula S.S:

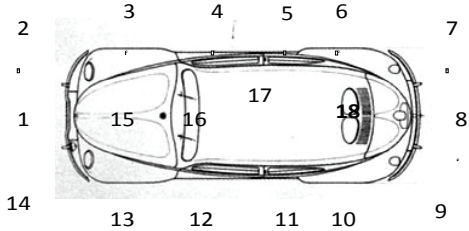
C. VEHÍCULO A

1. No. De Placa Color:
2. Marca Tipo
3. Cia. De Seguro
4. No. De Póliza Año del Vehículo

C. VEHÍCULO B

1. No. De Placa Color:
2. Marca Tipo
3. Cia. De Seguro
4. No. De Póliza Año del Vehículo

F. INDIQUE CON NÚMEROS LOS DAÑOS DEL VEHÍCULO



	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
A	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	11	12	13	14	15	16	17	18	19	
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
B	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	11	12	13	14	15	16	17	18	19	
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

EN ESTE CUADRO DIBUJE LA POSICIÓN FINAL DE LOS VEHÍCULOS EN CUESTIÓN

Los firmantes: y, de generales indicadas en el presente documento, declaramos bajo juramento que la información brindada y sus anexos es fiel a los hechos acontecidos, asumiendo las responsabilidades legales por toda falsedad u omisión. La presente y sus anexos revisten carácter de declaración jurada y toda información engañosa y/o que oculte la real situación importando una simulación de los hechos o actos que se presenten para el resarcimiento de los daños ocasionados, será sancionado conforme al artículo 366 del Código Penal.

“La elaboración de este formato está basada en la ley No. 21 del 28 de Mayo de 2010, que dicta medidas sobre accidentes de tránsito menores, en las vías públicas del País”

Favor adjuntar fotografías o Videos de la escena.

CONDUCTOR A

Se considera usted Responsable en este accidente?

Sí No

Firma:

Cédula:

Firma:

Cédula:

CONDUCTOR B

Se considera usted Responsable en este accidente?

Sí No

Firma:

Cédula:

Firma:

Cédula:

Testigos