

ACCIDENTE CON DAÑOS MATERIALES

Ayuntamiento de

Area de Seguridad Ciudadana y
Vialidad
Policía Local**POLICIA
LOCAL**

www.tribunalespolicia.local

Aviso	Nº Agentes	Hora	Fecha
Lugar			
Enviado a		Nº Expediente	

VEHÍCULO A	Matrícula / Nº Bastidor	Tipo TURISMO	Marca	Modelo	Color	P.M.A. / nº Plazas
CONDUCTOR	D. _____ Fecha Nacimiento _____					
	Domicilio _____ Tlfno. _____ Población _____					
	Perm. Conducir nº _____ Clase _____ Fecha Exp. _____ Fecha Cad. _____					
TITULAR	El conductor <input type="checkbox"/> o D. _____					
	Domicilio _____ Tlfno. _____ Población _____					
SEGURO	Compañía _____ Póliza _____ Caducidad _____					
DAÑOS						

VEHÍCULO B	Matrícula / Nº Bastidor	Tipo TURISMO	Marca	Modelo	Color	P.M.A. / nº Plazas
CONDUCTOR	D. _____ Fecha Nacimiento _____					
	Domicilio _____ Tlfno. _____ Población _____					
	Perm. Conducir nº _____ Clase _____ Fecha Exp. _____ Fecha Cad. _____					
TITULAR	El conductor <input type="checkbox"/> o D. _____					
	Domicilio _____ Tlfno. _____ Población _____					
SEGURO	Compañía _____ Póliza _____ Caducidad _____					
DAÑOS						

VEHÍCULO C	Matrícula / Nº Bastidor	Tipo TURISMO	Marca	Modelo	Color	P.M.A. / nº Plazas
CONDUCTOR	D. _____ Fecha Nacimiento _____					
	Domicilio _____ Tlfno. _____ Población _____					
	Perm. Conducir nº _____ Clase _____ Fecha Exp. _____ Fecha Cad. _____					
TITULAR	El conductor <input type="checkbox"/> o D. _____					
	Domicilio _____ Tlfno. _____ Población _____					
SEGURO	Compañía _____ Póliza _____ Caducidad _____					
DAÑOS						

OTROS DAÑOS

--	--

TESTIGOS

D. _____	D.N.I. _____
Domicilio _____ Tlfno. _____	Población _____
D. _____	D.N.I. _____
Domicilio _____ Tlfno. _____	Población _____
D. _____	D.N.I. _____
Domicilio _____ Tlfno. _____	Población _____

CLASE DE ACCIDENTE	
COLISIÓN FRONTAL	<input type="checkbox"/>
COLISIÓN FRONTOLATERAL	<input type="checkbox"/>
ALCANCE	<input type="checkbox"/>
ALCANCE MULTIPLE	<input type="checkbox"/>
CHOQUE	<input type="checkbox"/>
VUELCO	<input type="checkbox"/>
RASPADO	<input type="checkbox"/>
CAÍDA DE VEHÍCULO	<input type="checkbox"/>
INCENDIO	<input type="checkbox"/>
OTRAS	<input type="checkbox"/>
CAUSA PROBABLE	

INSPECCIÓN OCULAR			
LUMINOSIDAD		ESTADO ATMOSFERICO	
PLENO DÍA	<input type="checkbox"/>	SOLEADO	<input type="checkbox"/>
CREPUSCULO	<input type="checkbox"/>	CUBIERTO	<input type="checkbox"/>
NOCHE ILUMI. SUFICIENTE	<input type="checkbox"/>	LLUVIA	<input type="checkbox"/>
NOCHE ILUMI. INSUFICIENTE	<input type="checkbox"/>	NIEBLA	<input type="checkbox"/>
CON ALUMBRADO PÚBLICO	<input type="checkbox"/>	HIELO	<input type="checkbox"/>
SIN ALUMBRADO PÚBLICO	<input type="checkbox"/>	NIEVE	<input type="checkbox"/>
CON DESLUMBRAMIENTO	<input type="checkbox"/>	VIENTO	<input type="checkbox"/>
OTRAS	<input type="checkbox"/>	OTRAS	<input type="checkbox"/>
SITUACIÓN CALZADA		SEÑALIZACIÓN	
BUEN ESTADO	<input type="checkbox"/>	AGENTE AUTORIDAD	<input type="checkbox"/>
MAL ESTADO	<input type="checkbox"/>	SEMÁFOROS	<input type="checkbox"/>
SECA	<input type="checkbox"/>	SEÑALES VERTICALES	<input type="checkbox"/>
MOJADA	<input type="checkbox"/>	SEÑALES HORIZONTALES	<input type="checkbox"/>
GRAVAS - ARENILLAS	<input type="checkbox"/>	BALIZAMIENTO	<input type="checkbox"/>
ACEITE - GRASAS	<input type="checkbox"/>	TEMPORAL	<input type="checkbox"/>
PARCHEADA	<input type="checkbox"/>	OBRAS	<input type="checkbox"/>
TIERRA	<input type="checkbox"/>	NINGUNA	<input type="checkbox"/>
OTRAS	<input type="checkbox"/>	OTRAS	<input type="checkbox"/>

CROQUIS

DESCRIPCIÓN DEL ACCIDENTE	El Policía
	Fdo. nº
	El Policía
	Fdo. nº