

DILIGENCIAS A PREVENCIÓN

DATOS DEL SINIESTRO VIAL

DILIGENCIAS Nº	AVISO Nº		
AGENTES	FECHA	HORA	
LUGAR			

VEHÍCULOS Y PERSONAS IMPLICADAS

VEHÍCULO A			
VEHÍCULO		PERSONA IMPLICADA <input type="checkbox"/> CONDUCTOR <input type="checkbox"/> PROPIETARIO	
MATRÍCULA		NOMBRE	
MARCA Y MODELO		APELLIDOS	
CIA. SEGUROS		DNI/NIE/OTRO DOC.	
ITV		FECHA NACIMIENTO	
LESIONES A: CONDUCTOR/A* <input type="checkbox"/> HERIDO/A INGRESO > 24 H. <input type="checkbox"/> HERIDO/A ASISTENCIA SANITARIA <24 H <input type="checkbox"/> ILESO/A			
TRASLADO A CENTRO HOSPITALARIO: <input type="checkbox"/> NO REQUIERE <input type="checkbox"/> SÍ, A			
OTROS DATOS RELEVANTES			
MANIFESTACIÓN DEL CONDUCTOR/A VEHÍCULO A		FECHA	HORA
CONSENTIMIENTO PARA LA CESIÓN DE DATOS ** SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		FIRMA	
* LOS PARTES MÉDICOS SERÁN PROPORCIONADOS EN TODO CASO POR EL IMPLICADO A LA COMPAÑÍA DE SEGUROS.			

VEHÍCULO B			
VEHÍCULO		PERSONA IMPLICADA <input type="checkbox"/> CONDUCTOR <input type="checkbox"/> PROPIETARIO	
MATRÍCULA		NOMBRE	
MARCA Y MODELO		APELLIDOS	
CIA. SEGUROS		DNI/NIE/OTRO DOC.	
ITV		FECHA NACIMIENTO	
LESIONES A: CONDUCTOR/A* <input type="checkbox"/> HERIDO/A INGRESO > 24 H. <input type="checkbox"/> HERIDO/A ASISTENCIA SANITARIA <24 H <input type="checkbox"/> ILESO/A			
TRASLADO A CENTRO HOSPITALARIO: <input type="checkbox"/> NO REQUIERE <input type="checkbox"/> SÍ, A			
OTROS DATOS RELEVANTES			
MANIFESTACIÓN DEL CONDUCTOR/A VEHÍCULO B		FECHA	HORA
CONSENTIMIENTO PARA LA CESIÓN DE DATOS ** SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		FIRMA	
* LOS PARTES MÉDICOS SERÁN PROPORCIONADOS EN TODO CASO POR EL IMPLICADO A LA COMPAÑÍA DE SEGUROS.			

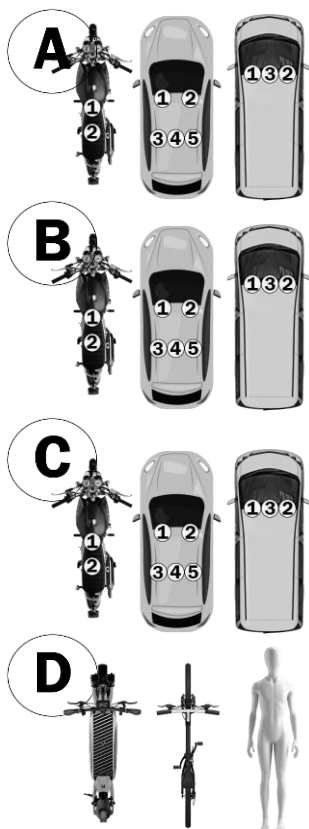
VEHÍCULOS Y PERSONAS IMPLICADAS

VEHÍCULO C			
VEHÍCULO		PERSONA IMPLICADA <input type="checkbox"/> CONDUCTOR <input type="checkbox"/> PROPIETARIO	
MATRÍCULA		NOMBRE	
MARCA Y MODELO		APELLIDOS	
CIA. SEGUROS		DNI/NIE/OTRO DOC.	
ITV		FECHA NACIMIENTO	
LESIONES A: CONDUCTOR/A* <input type="checkbox"/> HERIDO/A INGRESO > 24 H. <input type="checkbox"/> HERIDO/A ASISTENCIA SANITARIA <24 H <input type="checkbox"/> ILESO/A			
TRASLADO A CENTRO HOSPITALARIO: <input type="checkbox"/> NO REQUIERE <input type="checkbox"/> SÍ, A			
OTROS DATOS RELEVANTES			
MANIFESTACIÓN DEL CONDUCTOR/A VEHÍCULO A		FECHA	HORA
CONSENTIMIENTO PARA LA CESIÓN DE DATOS ** SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> * LOS PARTES MÉDICOS SERÁN PROPORCIONADOS EN TODO CASO POR EL IMPLICADO A LA COMPAÑÍA DE SEGUROS.		FIRMA	

OTROS IMPLICADOS (D)

NOMBRE Y APELLIDOS	DNI/NIE/OTRO DOC.	FECHA NACIMIENTO	IMPLICACIÓN		
			<input type="checkbox"/> PEATÓN	<input type="checkbox"/> CONDUCTOR BICICLETA/VMP	<input type="checkbox"/> PROPIETARIO BICICLETA/VMP
BCICICLETA <input type="checkbox"/> V.M.P. <input type="checkbox"/> (MARCA, MODELO, BASTIDOR, CIA. SEGURO):					
LESIONES <input type="checkbox"/> PEATÓN, <input type="checkbox"/> CONDUCTOR: <input type="checkbox"/> HERIDO/A INGRESO > 24 H. <input type="checkbox"/> HERIDO/A ASISTENCIA SANITARIA <24 H <input type="checkbox"/> ILESO/A					
TRASLADO A CENTRO HOSPITALARIO: <input type="checkbox"/> NO REQUIERE <input type="checkbox"/> SÍ, A					
MANIFESTACIÓN DE <input type="checkbox"/> PEATÓN, <input type="checkbox"/> CONDUCTOR <input type="checkbox"/> PROPIETARIO <input type="checkbox"/>		FECHA	HORA		
CONSENTIMIENTO PARA LA CESIÓN DE DATOS ** SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> * LOS PARTES MÉDICOS SERÁN PROPORCIONADOS EN TODO CASO POR EL IMPLICADO A LA COMPAÑÍA DE SEGUROS.					FIRMA

DAÑOS APRECIADOS EN VEHÍCULOS



INDICAR CON UNA FLECHA EL PUNTO
INICIAL DE COLISION

OCUPANTES Y/O HERIDOS

NOMBRE Y APELLIDOS	DNI/NIE/OTRO DOC.	FECHA NACIMIENTO	VEHICULO	POSICIÓN	ESTADO

VEHÍCULO: (A), (B), (C), (D)... POSICIÓN: (1 Y 2) OCUPANTES ASIENTOS DELANTEROS; (3, 4, 5) OCUPANTES ASIENTOS TRASEROS. ESTADO: (>) HERIDO INGRESO > 24 H.; (=) HERIDO ASISTENCIA SANITARIA <= 24 H.; (O) ILESO.

DAÑOS AL PATRIMONIO			
1	<input type="checkbox"/> PÚBLICO <input type="checkbox"/> PRIVADO	2	<input type="checkbox"/> PÚBLICO <input type="checkbox"/> PRIVADO
DAÑOS APRECIADOS		DAÑOS APRECIADOS	
PROPIETARIO			
	NOMBRE COMPLETO	DNI/NIE/OTRO DOC.	SEGURO
1			
2			

INSPECCIÓN OCULAR		
VISIBILIDAD RESTRINGIDA POR:		REGULACIÓN DE PRIORIDAD
<input type="checkbox"/> BUENA VISIBILIDAD	<input type="checkbox"/> OBRAS	<input type="checkbox"/> SÓLO NORMA GENÉRICA
<input type="checkbox"/> EDIFICIO	<input type="checkbox"/> CONTENEDORES	<input type="checkbox"/> AGENTE O PERSONA AUTORIZADA
<input type="checkbox"/> INSTALACIONES O ELEMENTOS DE LA VÍA	<input type="checkbox"/> FACTORES ATMOSFÉRICOS	<input type="checkbox"/> SEMÁFORO
<input type="checkbox"/> CONFIGURACIÓN DEL TERRENO	<input type="checkbox"/> ELEMENTOS DECORATIVOS	<input type="checkbox"/> SEÑAL VERTICAL <input type="checkbox"/> HORIZONTAL "STOP"
<input type="checkbox"/> VEGETACIÓN O ÁRBOLES	<input type="checkbox"/> OTROS OBJETOS EN LA VÍA	<input type="checkbox"/> SEÑAL VERTICAL <input type="checkbox"/> HORIZONTAL "CEDA EL PASO"
<input type="checkbox"/> DESLUMBRAMIENTO POR EL SOL	<input type="checkbox"/> PANELES Y PUBLICIDAD	<input type="checkbox"/> SÓLO MARCAS VIALES SIN INSCRIPCIONES
<input type="checkbox"/> DESLUMBRAMIENTO POR FAROS DE OTRO VEHÍCULO		<input type="checkbox"/> PASO DE PEATONES NO ELEVADO
<input type="checkbox"/> VEHÍCULO (<input type="checkbox"/> PARADO, <input type="checkbox"/> MOVIMIENTO, <input type="checkbox"/> ESTACIONADO)		<input type="checkbox"/> OTRA SEÑAL
SUPERFICIE DEL FIRME	ESTADO METEOROLÓGICO	ILUMINACIÓN
<input type="checkbox"/> SECO Y LIMPIO	<input type="checkbox"/> DESPEJADO	<input type="checkbox"/> LUZ DE DÍA NATURAL, SOLAR
<input type="checkbox"/> CON BARRO, <input type="checkbox"/> CON GRAVILLA SUELTA	<input type="checkbox"/> NUBLADO	<input type="checkbox"/> AMANECER, <input type="checkbox"/> ATARDECER SIN LUZ ARTIFICIAL
<input type="checkbox"/> MOJADO	<input type="checkbox"/> LLUVIA DÉBIL	<input type="checkbox"/> AMANECER, <input type="checkbox"/> ATARDECER CON LUZ ARTIFICIAL
<input type="checkbox"/> MUY ENCHACHARCADO, <input type="checkbox"/> INUNDADO	<input type="checkbox"/> LLUVIA FUERTE	<input type="checkbox"/> SIN LUZ NATURAL Y LUZ ARTIFICIAL SUFICIENTE
<input type="checkbox"/> CON ACEITE	<input type="checkbox"/> NIEBLA LIGERA, <input type="checkbox"/> DENSA	<input type="checkbox"/> SIN LUZ NATURAL Y LUZ ARTIFICIAL INSUFICIENTE
<input type="checkbox"/> OTRA	<input type="checkbox"/> VIENTO FUERTE	<input type="checkbox"/> SIN ILUMINACIÓN NATURAL NI ARTIFICIAL
<input type="checkbox"/> ACERA / <input type="checkbox"/> ARCÉN	NUDO	INFORMACIÓN INTERSECCIÓN
<input type="checkbox"/> SÍ, <input type="checkbox"/> NO PRACTICABLE	<input type="checkbox"/> EN LA ZONA DE INFLUENCIA	INTERSECCIÓN O NUDO → <input type="checkbox"/> EN X O +
ANCHURA DEL ARCÉN	<input type="checkbox"/> EN LA ZONA DE INFLUENCIA DE INTERSECCIÓN O NUDO	<input type="checkbox"/> EN T O Y
<input type="checkbox"/> SÍ, <input type="checkbox"/> NO ELEVADA, ANCHURA	↓	<input type="checkbox"/> GLORIETA
OTROS	<input type="checkbox"/> RECTA <input type="checkbox"/> CURVA	<input type="checkbox"/> GLORIETA PARTIDA
		<input type="checkbox"/> SEMIGLORIETA
		<input type="checkbox"/> EN ESTRELLA

JUICIO CRÍTICO / DINÁMICA DEL SINIESTRO VIAL