

**Fecha de Accidente:** \_\_\_\_\_ **Hora:** \_\_\_\_\_  Am.  Pm.

<b>Vehículo #1 / Company Equipment</b>	Nombre Conductor		Edad	Posición					
	Business Address		Zip	Phone		¿En horario de trabajo? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No			
	Licencia de Conducir #	¿Licencia Restringida? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Si <b>SI</b> , indique restricción			Ha tenido otro accidente manejando para la compañía? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No			
	Patente-Licencia No.	Año	Tipo	Donde estaba localizado		Cant. de Pasajeros	Costo Est. de Rep.		
	Describa En Detalle Los Daños (Partes, tipo y extensión de daño)								
Si el vehículo es privado, Nombre y Dirección del dueño (Si es de la Compañía, Número de Equipo solamente)									
<b>Otros Vehículos Envolvidos en el Accidente</b>	Owner Car No. 2 /Dueño N°2		Phone/Teléfono	Owner Car No. 3 Dueño N°3		Phone/Teléfono			
	Address /Dirección		City	Zip	Address/Dirección		City	Zip	
	Drivers Name/Nombre Conductor		Age-Edad	Phone	Driver's Name/Nombre Conductor		Age-Edad	Phone	
	Address/Dirección		City	Zip	Address / Dirección		City	Zip	
	Driver's License No. / Licencia de Conducir N°		Vehicle License No.-Patente		Driver's License No. / Licencia de Conducir N°		Vehicle License No. -Patente		
	Vehicle Make/ Marca del vehículo		Year-Año	Body Type- Tipo	Vehicle Make/Marca del vehículo		Year-Año	Body Type / Tipo	
	Name Of Passengers / Nombre de Pasajeros				Name Of Passengers/ Nombre de Pasajeros				
	Costo de Reparación		Describa Daño		Costo de Reparación		Describa Daño		
	Insurance Company/ Compañía de Aseguradora		Póliza N°		Insurance Company/ Compañía Aseguradora		Póliza N°		
	<b>Otra Propiedad</b>	¿Que se dañó?					Costo de Reparación		
Nombre y dirección del Dueño			Ciudad	Código Postal	Teléfono				
<b>Otros Lastimados</b>	Nombres y Direcciones			Extension de Lastimadura	Edad	Veh.1	Veh.2	Veh.3	Peatón
<b>TESTIGOS</b>	NOMBRE		Dirección		Ciudad	Cod. Postal	Teléfono		

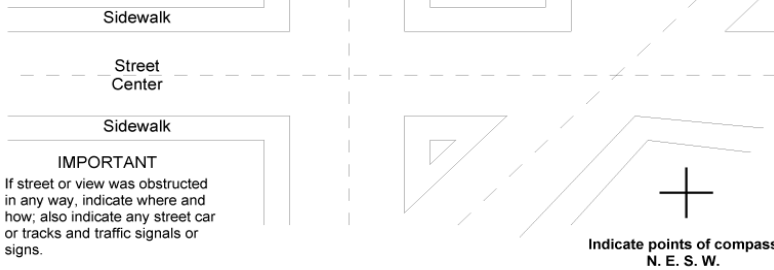
Other Reports	¿Investigó la policía? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Cual División (Sheriff, Hwy. P., City)	¿Dio alguna citación? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
			¿A quién? <input type="checkbox"/> Usted <input type="checkbox"/> Veh. 2 <input type="checkbox"/> Veh. 3
Localidad		O cerca de Intersección:	
City/County	Tipo de Accidente	<input type="checkbox"/> Adelante hacia atrás <input type="checkbox"/> Frontal <input type="checkbox"/> Auto estacionado <input type="checkbox"/> Peatón <input type="checkbox"/> Lado conductor <input type="checkbox"/> Lado pasajero <input type="checkbox"/> Bicicleta-Auto <input type="checkbox"/> Objeto impactado	

Information Regarding Accident	No. 1, Su vehículo	Vehículo No. 2	Vehículo No. 3
1. Si había, donde estaba el peatón (crosswalk, etc.)?			
2. Condiciones de la ruta (seca, húmeda, barrosa etc.)? (Grava, cemento, etc.)			
3. ¿A que distancia el peligro fue notado?			
4. Velocidades de los vehículos cuando el peligro fue notado			
5. ¿Velocidad al momento del accidente?			
6. ¿Cuales señales de peligro fueron dadas?			
7. ¿Alguna obstrucción de la visión? (Climáticas y otras)			
8. ¿Luces encendidas? ¿Limpia parabrisas encendidos? ¿Vidrios empañados?			
9. Alguno de las partes había estado bebiendo/drogas/ o es discapacitado? ¿quién?			

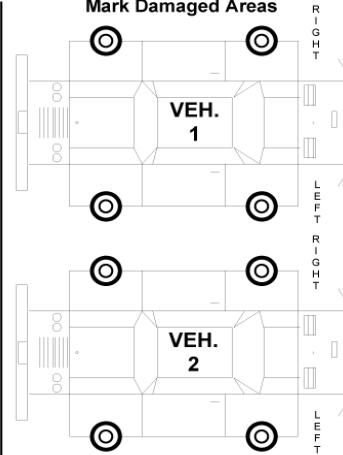
Describa en detalle que pasó (Use papel adicional si es necesario)

- Straight Road
- Hillcrest
- One Lane
- Curve - R or L
- Uphill
- One and One-Half Lane
- Level
- Downhill
- Two Lane or Four Lane

Show on diagram position of each car, vehicle or injured person, indicating by arrow direction of each.



**Mark Damaged Areas**



Firma Conductor	Fecha	Signature Supervisor	Date
-----------------	-------	----------------------	------