

**ANDE****FECHA****INFORME DE ACCIDENTE DE TRÁNSITO**

Con víctima/s

Solo con daños materiales

**INFORMACIONES SOBRE EL ACCIDENTE**Descripción del Accidente: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_**INFORMACIONES DE TERCEROS**

Nombre y Apellido: \_\_\_\_\_ N° Registro: \_\_\_\_\_

Marca: \_\_\_\_\_ Modelo: \_\_\_\_\_

Chapa N°: \_\_\_\_\_ Municipio: \_\_\_\_\_ C.I. No.: \_\_\_\_\_

**DAÑOS A TERCEROS****DAÑOS VEHÍCULO ANDE**

Nombre y Apellido de la Autoridad Policial Interviniente: \_\_\_\_\_

Hospital/Sanatorio/Centro de Salud: \_\_\_\_\_

Profesional Médico: \_\_\_\_\_

Diagnóstico: \_\_\_\_\_

**TESTIGOS PRESENCIALES**

Nombre y Apellido

Dirección

N° Telefónico

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_**CUESTIONARIO ESTADÍSTICO**

Nombre de la Calle: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_

Total de Víctimas \_\_\_\_\_ muertos \_\_\_\_\_ heridos graves \_\_\_\_\_ Leves \_\_\_\_\_

Cantidad de Vehículos implicados \_\_\_\_\_ Día de la Semana: \_\_\_\_\_ Hora: \_\_\_\_\_ Zona:  Urbana  Rural

Interseccion	Tipo de Pista	Estado de Pista	Marcas viales	Fuera de Interseccion
<input type="checkbox"/> En T o Y <input type="checkbox"/> En X o +	<input type="checkbox"/> Asfaltado <input type="checkbox"/> Cementado <input type="checkbox"/> Empedrado	<input type="checkbox"/> Seco <input type="checkbox"/> Húmedo <input type="checkbox"/> Barroso	<input type="checkbox"/> Inexistentes o borradas <input type="checkbox"/> Solo separación de carriles <input type="checkbox"/> Separación de carriles y bordes <input type="checkbox"/> Sólo separación de bordes	<input type="checkbox"/> Recta <input type="checkbox"/> Curva suave <input type="checkbox"/> Curva Fuerte
Prioridad Regulada por:	Factores atmosféricos		Visibilidad Restringida	Otra circunstancia
Agente _____ Marcas viales _____ Semáforo _____ Franja Pedatorial _____ Señal de Pare _____ Otra Señal _____ "Ceda el paso" _____ Ninguna _____	Buen tiempo _____ Granizo _____ Niebla _____ Viento fuerte _____ Llovizna _____ Lluvia fuerte _____		Vegetación _____ Deslumbramientos _____ Polvo o humo _____ Otra causa _____ Sin restricción _____	Estrechamiento _____ Baches _____ Inundación _____ Peralte invertido _____ Ninguna _____
Señalización de Peligro	Tipo de Accidente			Atropello
<input type="checkbox"/> Existente <input type="checkbox"/> Inexistente <input type="checkbox"/> Innecesaria	Colisión de Vehículo en Marcha <input type="checkbox"/> Frontal <input type="checkbox"/> Frontal lateral <input type="checkbox"/> Lateral <input type="checkbox"/> Alcance			<input type="checkbox"/> Peatón reparando vehículo <input type="checkbox"/> Peatón <input type="checkbox"/> Animales sueltos
Visibilidad <input type="checkbox"/> Buena <input type="checkbox"/> Deficiente <input type="checkbox"/> Nula	Señalización Vertical <input type="checkbox"/> Buena <input type="checkbox"/> Deficiente <input type="checkbox"/> Nula			Colisión de Vehículo-Obstáculo en calzada <input type="checkbox"/> Vehículo estacionado o averiado <input type="checkbox"/> Otro Objeto _____

**INFORMACIONES DEL CONDUCTOR DE ANDE**

Unidad Administrativa: \_\_\_\_\_

Nombre y Apellido: \_\_\_\_\_ N° Empleado: \_\_\_\_\_

N° Registro: \_\_\_\_\_ Municipio: \_\_\_\_\_

Habilit. a cond Vehíc. de la Empresa  Si  No Lib. Pers. Reg. Km. Recorr. \_\_\_\_\_ Km.**INFORMACIONES DEL VEHÍCULO DE ANDE**

Marca: \_\_\_\_\_ Tipo: \_\_\_\_\_

Chapa N°: \_\_\_\_\_ ANDE N°: \_\_\_\_\_ Orden de Trabajo N°: \_\_\_\_\_

Firma del Funcionario Acompañante

Firma del Funcionario Conductor

**INFORME DEL JEFE INMEDIATO DIRECTO DEL CONDUCTOR**Se encontraba dentro del horario de acuerdo a la O.T.  SI  NO

Firma del Jefe Inmediato Superior

Fecha: \_\_\_\_\_

**INFORME DEL DPTO. DE MANTENIMIENTO DE VEHÍCULOS (DDA/MV)**

**POSIBLES FACTORES CONCURRENTES**

- |   |  |  |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Distracción          | <input type="checkbox"/> Inexperiencia del conductor     | <input type="checkbox"/> Cansancio, sueño o enfermedad |
| <input type="checkbox"/> Velocidad inadecuada | <input type="checkbox"/> Estado o condición de la vía    | <input type="checkbox"/> Mal estado de la señalización |
| <input type="checkbox"/> Alcohol              | <input type="checkbox"/> Infracción de la reglamentación | <input type="checkbox"/> Sin opinión definida          |

Comentarios:

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

Firma \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

**CROQUIS ILUSTRATIVO DEL ACCIDENTE**

*Precisar: 1. Dirección con flechas de los vehículos A,B, C 2. Posición en el momento de la colisión 3. Nombre de las calles*

---

**SÍMBOLOS A UTILIZAR**

- |   |                             |
|---|-----------------------------|
|  | Vehículo de 4 o + ruedas    |
|  | Vehículo de 2 o 3 ruedas    |
|  | Vehículo de tracción animal |

- |   |                      |
|---|----------------------|
|  | Peatón               |
|  | Animal               |
|  | Obstáculo en calzada |

---

---

---

---

