

[illegible]



| ASUNTO: INSPECCIÓN OCULAR DE LA VÍA                                                    |                                   |                                                     |                                             |
|----------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------|-----------------------------------------------------|---------------------------------------------|
| <b>Clase de vía y características:</b>                                                 |                                   |                                                     |                                             |
| Sentido de Denominación (Estudio): De _____ a _____<br>Que era seguido por el vehículo |                                   |                                                     |                                             |
| <b>Puntos fijos de referencia:</b>                                                     |                                   |                                                     |                                             |
| A: _____                                                                               |                                   |                                                     |                                             |
| B: _____                                                                               |                                   |                                                     |                                             |
| C: _____                                                                               |                                   |                                                     |                                             |
| Distancia entre puntos fijos _____                                                     |                                   |                                                     |                                             |
| <b>Clase de Vía:</b>                                                                   |                                   | <b>Denominación:</b>                                |                                             |
| <b>Nº de carriles de circulación</b>                                                   |                                   | <b>Sentido</b>                                      |                                             |
| Carriles delimitados por:                                                              |                                   |                                                     |                                             |
| Anchura de: _____                                                                      | Calzada _____ m                   | Carriles _____ m                                    | Arcenes _____ m                             |
| Márgenes de la vía (Descripción) _____                                                 |                                   |                                                     |                                             |
| <b>Trazado:</b>                                                                        |                                   | <b>Pendiente</b> %                                  |                                             |
| En sentido _____ a _____                                                               |                                   |                                                     |                                             |
| Inclinación de _____ %, hacia _____                                                    |                                   |                                                     |                                             |
| <b>Firme</b>                                                                           | <b>Clase</b>                      | <b>Estado de conservación</b>                       |                                             |
| <b>Anomalías:</b>                                                                      |                                   |                                                     |                                             |
| Estado circunstancial _____                                                            |                                   | por _____                                           |                                             |
| Arcenes                                                                                | <b>Clase</b>                      | <b>Estado de conservación</b>                       |                                             |
| <b>Anomalías:</b>                                                                      |                                   |                                                     |                                             |
| Estado circunstancial _____                                                            |                                   | por _____                                           |                                             |
| <b>Visibilidad y deslumbramiento:</b> _____                                            |                                   |                                                     |                                             |
| <b>Señalización:</b>                                                                   |                                   |                                                     |                                             |
| Vertical: _____                                                                        |                                   |                                                     |                                             |
| Horizontal: _____                                                                      |                                   |                                                     |                                             |
| Balizamiento: _____                                                                    |                                   |                                                     |                                             |
| Agentes de Tráfico u otras: _____                                                      |                                   |                                                     |                                             |
| <b>Velocidad</b>                                                                       | <b>Genérica de la vía</b>         | <b>km/h</b>                                         | <b>Específica para el tramo</b> <b>km/h</b> |
| Vehículo _____                                                                         | _____                             | km/h                                                | Vehículo _____                              |
| Vehículo _____                                                                         | _____                             | km/h                                                | Vehículo _____                              |
| Vehículo _____                                                                         | _____                             | km/h                                                | Vehículo _____                              |
| <b>Condiciones atmosféricas</b>                                                        |                                   | El tiempo era _____ <input type="checkbox"/> Viento |                                             |
| <input type="checkbox"/> Crepúsculo                                                    | <input type="checkbox"/> Amanecer | <input type="checkbox"/> Noche                      | <input type="checkbox"/> Día                |
| <b>Luminosidad</b>                                                                     |                                   |                                                     |                                             |
| <b>Otras circunstancias:</b>                                                           |                                   | Día de la semana: _____                             |                                             |
| La circulación era: _____                                                              |                                   | Retenciones: _____                                  |                                             |
| Motivo: _____                                                                          |                                   |                                                     |                                             |



| <b>ASUNTO: VEHÍCULOS IMPLICADOS</b>                                                                                                                                   |                  |                                                                             |        |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------|-----------------------------------------------------------------------------|--------|
| <b>VEHÍCULO MATRÍCULA:</b>                                                                                                                                            |                  |                                                                             |        |
| <b>PERMISO DE CIRCULACIÓN DEL VEHÍCULO</b>                                                                                                                            |                  |                                                                             |        |
| Fecha matriculación                                                                                                                                                   | Fecha expedición | Lugar                                                                       |        |
| Titular:                                                                                                                                                              |                  |                                                                             |        |
| Domicilio:                                                                                                                                                            |                  | Localidad:                                                                  |        |
| Nº Bastidor:                                                                                                                                                          |                  | Marca:                                                                      |        |
| Tipo:                                                                                                                                                                 |                  | Modelo:                                                                     |        |
| <b>PERMISO DE CONDUCCIÓN DEL CONDUCTOR</b>                                                                                                                            |                  |                                                                             |        |
| <b>Conductor D./Dña.:</b>                                                                                                                                             |                  |                                                                             |        |
| vecino/a de:                                                                                                                                                          |                  | Domiciliado/a en:                                                           |        |
| Fecha de nacimiento:                                                                                                                                                  |                  | Teléfono:                                                                   |        |
| Permiso nº:                                                                                                                                                           | Clase:           | Expedido en:                                                                | del al |
| Condiciones restrictivas:                                                                                                                                             |                  |                                                                             |        |
| Las cumple: <input type="checkbox"/> SI / <input type="checkbox"/> NO    Usa Cinturón de Seguridad o Casco: <input type="checkbox"/> SI / <input type="checkbox"/> NO |                  |                                                                             |        |
| <b>RESULTÓ:</b>                                                                                                                                                       |                  |                                                                             |        |
| Fecha matriculación                                                                                                                                                   | Fecha expedición | Lugar                                                                       |        |
| Titular:                                                                                                                                                              |                  |                                                                             |        |
| Domicilio:                                                                                                                                                            |                  | Localidad:                                                                  |        |
| Nº Bastidor:                                                                                                                                                          |                  | Marca:                                                                      |        |
| Tipo:                                                                                                                                                                 |                  | Modelo:                                                                     |        |
| <b>I.T.V. DEL VEHÍCULO</b>                                                                                                                                            |                  |                                                                             |        |
| Pasada en:                                                                                                                                                            | El:              | Válida hasta:                                                               |        |
| Dimensiones del vehículo                                                                                                                                              |                  |                                                                             |        |
| Altura:                                                                                                                                                               | mts.             | Anchura:                                                                    | mts.   |
| Longitud:                                                                                                                                                             |                  | mts.                                                                        |        |
| <b>SEGURO DEL VEHÍCULO</b>                                                                                                                                            |                  |                                                                             |        |
| Nº. Póliza:                                                                                                                                                           | Compañía:        | Fecha validez:                                                              |        |
| Titular:                                                                                                                                                              |                  |                                                                             |        |
| Domicilio:                                                                                                                                                            |                  | Localidad:                                                                  |        |
| Cobertura:                                                                                                                                                            |                  |                                                                             |        |
| <b>USUARI@S DEL VEHÍCULO</b>                                                                                                                                          |                  |                                                                             |        |
| D./Dña.:                                                                                                                                                              |                  | D.N.I. nº:                                                                  |        |
| Vecino de:                                                                                                                                                            |                  | domiciliado/a en:                                                           |        |
| Nacido/a el:                                                                                                                                                          | Teléfono:        | Cinturón o Casco: <input type="checkbox"/> SI / <input type="checkbox"/> NO |        |
| Lugar en el vehículo:                                                                                                                                                 |                  | <b>RESULTÓ:</b>                                                             |        |
| D./Dña.:                                                                                                                                                              |                  | D.N.I. nº:                                                                  |        |
| Vecino de:                                                                                                                                                            |                  | domiciliado/a en:                                                           |        |
| Nacido/a el:                                                                                                                                                          | Teléfono:        | Cinturón o Casco: <input type="checkbox"/> SI / <input type="checkbox"/> NO |        |
| Lugar en el vehículo:                                                                                                                                                 |                  | <b>RESULTÓ:</b>                                                             |        |
| D./Dña.:                                                                                                                                                              |                  | D.N.I. nº:                                                                  |        |
| Vecino de:                                                                                                                                                            |                  | domiciliado/a en:                                                           |        |
| Nacido/a el:                                                                                                                                                          | Teléfono:        | Cinturón o Casco: <input type="checkbox"/> SI / <input type="checkbox"/> NO |        |
| Lugar en el vehículo:                                                                                                                                                 |                  | <b>RESULTÓ:</b>                                                             |        |
| D./Dña.:                                                                                                                                                              |                  | D.N.I. nº:                                                                  |        |
| Vecino de:                                                                                                                                                            |                  | domiciliado/a en:                                                           |        |
| Nacido/a el:                                                                                                                                                          | Teléfono:        | Cinturón o Casco: <input type="checkbox"/> SI / <input type="checkbox"/> NO |        |
| Lugar en el vehículo:                                                                                                                                                 |                  | <b>RESULTÓ:</b>                                                             |        |



| ASUNTO: TESTIGO/S |              |  |
|-------------------|--------------|--|
| <b>D./Dña.:</b>   |              |  |
| D.N.I. nº.        | Vecino/a de: |  |
| Domiciliado/a en: | Teléfono:    |  |
| <b>D./Dña.:</b>   |              |  |
| D.N.I. nº.        | Vecino/a de: |  |
| Domiciliado/a en: | Teléfono:    |  |
| <b>D./Dña.:</b>   |              |  |
| D.N.I. nº.        | Vecino/a de: |  |
| Domiciliado/a en: | Teléfono:    |  |
| <b>D./Dña.:</b>   |              |  |
| D.N.I. nº.        | Vecino/a de: |  |
| Domiciliado/a en: | Teléfono:    |  |
| <b>D./Dña.:</b>   |              |  |
| D.N.I. nº.        | Vecino/a de: |  |
| Domiciliado/a en: | Teléfono:    |  |



|                                                                                                                                           |                               |                               |                                      |                                                                                                                                         |                                   |                                 |                                      |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------|-------------------------------|--------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------|---------------------------------|--------------------------------------|
| <b>ASUNTO: INSPECCIÓN OCULAR DE VEHÍCULO IMPLICADO</b>                                                                                    |                               |                               |                                      |                                                                                                                                         |                                   |                                 |                                      |
| <b>VEHÍCULO MATRÍCULA:</b> _____                                                                                                          |                               |                               |                                      |                                                                                                                                         |                                   |                                 |                                      |
| <b>CLASE:</b> _____                                                                                                                       |                               | <b>MARCA:</b> _____           |                                      | <b>MODELO:</b> _____                                                                                                                    |                                   |                                 |                                      |
| <b>DESPERFECTOS SUFRIDOS COMO CONSECUENCIA DEL ACCIDENTE:</b> _____<br>_____<br>_____                                                     |                               |                               |                                      |                                                                                                                                         |                                   |                                 |                                      |
| <b>Parabrisas</b>                                                                                                                         | <input type="checkbox"/> Bien | <input type="checkbox"/> Roto | <input type="checkbox"/> Desprendido | <b>Luneta trasera</b>                                                                                                                   | <input type="checkbox"/> Bien     | <input type="checkbox"/> Rota   | <input type="checkbox"/> Desprendida |
| <b>Cristales</b>                                                                                                                          | <i>Delantero derecho</i>      | <input type="checkbox"/> Bien | <input type="checkbox"/> Roto        | <i>Trasero derecho</i>                                                                                                                  | <input type="checkbox"/> Bien     | <input type="checkbox"/> Roto   |                                      |
|                                                                                                                                           | <i>Delantero izquierdo</i>    | <input type="checkbox"/> Bien | <input type="checkbox"/> Roto        | <i>Trasero izquierdo</i>                                                                                                                | <input type="checkbox"/> Bien     | <input type="checkbox"/> Roto   |                                      |
| <b>EXAMEN PERICIAL DE LOS ÓRGANOS DEL VEHÍCULO</b>                                                                                        |                               |                               |                                      |                                                                                                                                         |                                   |                                 |                                      |
| <b>NEUMÁTICOS</b>                                                                                                                         |                               |                               |                                      |                                                                                                                                         |                                   |                                 |                                      |
| <u><i>Delantero Izquierdo</i></u><br>Marca: _____<br>Tipo: _____<br>Profundidad: _____<br>Presión: _____<br>Estado: _____<br>Otros: _____ |                               |                               |                                      | <u><i>Delantero Derecho</i></u><br>Marca: _____<br>Tipo: _____<br>Profundidad: _____<br>Presión: _____<br>Estado: _____<br>Otros: _____ |                                   |                                 |                                      |
| <u><i>Trasero Izquierdo</i></u><br>Marca: _____<br>Tipo: _____<br>Profundidad: _____<br>Presión: _____<br>Estado: _____<br>Otros: _____   |                               |                               |                                      | <u><i>Trasero Derecho</i></u><br>Marca: _____<br>Tipo: _____<br>Profundidad: _____<br>Presión: _____<br>Estado: _____<br>Otros: _____   |                                   |                                 |                                      |
| <b>SISTEMA DE FRENADO</b>                                                                                                                 |                               | <input type="checkbox"/> Bien | <input type="checkbox"/> Mal         | <input type="checkbox"/> Averiado tras el accidente                                                                                     |                                   |                                 |                                      |
| <b>SISTEMA DE DIRECCIÓN</b>                                                                                                               |                               | <input type="checkbox"/> Bien | <input type="checkbox"/> Mal         | <input type="checkbox"/> Averiado tras el accidente                                                                                     |                                   |                                 |                                      |
| <b>SISTEMA DE ALUMBRADO</b>                                                                                                               |                               | <input type="checkbox"/> Bien | <input type="checkbox"/> Mal         | <input type="checkbox"/> Averiado tras el accidente                                                                                     |                                   |                                 |                                      |
| <b>VELOCÍMETRO</b>                                                                                                                        |                               | Marca                         | km/h                                 | <b>CUENTAKILÓMETROS</b>                                                                                                                 |                                   | Marca                           | km                                   |
| <b>PALANCA DE CAMBIO DE VELOCIDADES</b>                                                                                                   |                               |                               |                                      | En _____                                                                                                                                |                                   |                                 |                                      |
| <b>ALUMBRADO</b>                                                                                                                          |                               | En posición                   |                                      | <input type="checkbox"/> Apagado                                                                                                        | <input type="checkbox"/> Posición | <input type="checkbox"/> Cortas | <input type="checkbox"/> Largas      |
| <b>SEÑALIZACIÓN (Intermitentes)</b>                                                                                                       |                               | En posición                   |                                      | <input type="checkbox"/> Avería                                                                                                         | <input type="checkbox"/> Izqdo.   | <input type="checkbox"/> Dcho.  | <input type="checkbox"/> Neutro      |
| <b>OTROS ÓRGANOS DE INTERÉS:</b> _____<br>_____<br>_____                                                                                  |                               |                               |                                      |                                                                                                                                         |                                   |                                 |                                      |
| <b>Modificaciones sufridas por el vehículo</b> (respecto de su posición final): _____<br>_____<br>_____<br>_____                          |                               |                               |                                      |                                                                                                                                         |                                   |                                 |                                      |