|  |
| --- |
| **Ciudad de Madison****Reporte del Accidente / Incidente del Vehículo** |
| Instrucciones: En caso de un accidente que involucre un vehículo de la Ciudad o de propiedad personal utilizado en negocios de la Ciudad, el conductor del vehículo debe:1. Reportar el accidente próntamente a una agencia local de órden público y obtener una copia del reporte del oficial.2. Comunicarse con su supervisor y pedirle que se presente inmediatamente en el lugar de los hechos.3. Presentar este formulario completo y firmado a su supervisor.4. Presentar el formulario completamente lleno, firmado por sus supervisor, a Manejo de Riesgos dentro de las siguientes 24 horas. |
| **Agencia / Departamento****Ubicación** | NOMBRE DE AGENCIA / DEPARTAMENTO | DIVISIÓN | NÚMERO DE LA AGENCIA |
|  |       |       |       |
|  | NOMBRE DEL SUPERVISOR | NÚMERO DE TELÉFONO  |
|  |       |       |
|  | DIRECCIÓN | CIUDAD | CÓDIGO POSTAL |
|  |       |       |       |
| **Ubicación del****Accidente** | CALLE / AUTOPISTA | FECHA DEL ACCIDENTE |
|  |       |       |
|  | CIUDAD | CONDADO | ESTADO | HORA DEL ACCIDENTE | [ ]  AM[ ]  PM |
|  |       |       |    |       |  |
| **Ciudad****Vehículo****Información****[ ]  Ciudad****[ ]  Personal** | RAZÓN PARA EL USO DEL VEHÍCULO |
|  |       |
|  | AÑO | MARCA | MODELO | NÚMERO DE FLOTA | NÚMERO DE PLACA |
|  |      |       |       |       |       |
|  | DESCRIBA LAS PARTES DAÑADAS |
|  |       |
| **Información****del****Conductor****del****Vehículo****De la Ciudad** | NOMBRE DEL CONDUCTOR | [ ]  Conductor lesionado[ ]  Usaba cinturón de seguridad | TELÉFONO CASA | TELÉFONO TRABAJO |
|  |       |  |       |       |
|  | FECHA DE NACIMIENTO | NÚMERO DE LICENSIA DE CONDUCCIÓN |
|  |       |       |
|  | ¿Había pasajeros en este vehículo? [ ]  Sí [ ]  No | Lesiones | Usaban cinturón de seguridad |
|  | Si responde Sí, enumere los nombres: |       | [ ]  SÍ | [ ]  No | [ ]  SÍ | [ ]  No |
|  |  |       | [ ]  SÍ | [ ]  No | [ ]  SÍ | [ ]  No |
|  |  |  |  |  |  |  |
| **Otro****Parte(s)****Involucrada(s)**(agregue hojas adicionales si hay más de una parte involucrada) | (indique qué clase de propiedad fue dañada.) | DESCRIBA LAS PARTES / ARTÍCULOS DAÑADOS |
|  |  |       |
|  | [ ]  | automóbil |  |
|  | [ ]  | vehículo estacionado |  |
|  | [ ]  | edificio |  |
|  | [ ]  | peatón |  |
|  | [ ]  | otro        |  |
|  | DUEÑO DE LA PROPIEDAD O CONDUCTOR | TELÉFONO CASA | TELÉFONO TRABAJO  |
|  |       |       |       |
|  | DIRECCIÓN DE VIVIENDA | CIUDAD | ESTADO | CÓDIGO POSTAL |
|  |       |       |    |       |
|  | AÑO | MARCA | MODELO | NÚMERO DE PLACA |
|  |      |       |       |       |
|  | COMPAÑÍA DE SUGUROS | TELÉFONO  |
|  |       |       |
|  | NÚMERO DE LA PÓLIZA |
|  |       |
|  | NÚMERO DE LICENSIA DE CONDUCCIÓN | [ ]  Conductor lesionado[ ]  Usaba cinturón de seguridad |
|  |       |  |
|  | ¿Había pasajeros en este vehículo? [ ]  Sí [ ]  No | Lesiones | Usaban cinturón de seguridad |
|  | Si responde Sí, enumere los nombres: |       | [ ]  SÍ | [ ]  No | [ ]  SÍ | [ ]  No |
|  |  |       | [ ]  SÍ | [ ]  No | [ ]  SÍ | [ ]  No |
|  |  |  |  |  |  |  |
| ¿FUE EL ACCIDENTE INVESTIGADO POR UNA AGENCIA DE ÓRDEN PÚBLICO? | ¿SE TOMARON FOTOGRAFÍAS EN EL LUGAR DE LOS HECHOS? | ¿QUIÉN LAS TOMÓ? |
| [ ]  SÍ | [ ]  No | [ ]  SÍ | [ ]  No |       |
| NOMBRE DEL FUNCIONARIO INVESTIGADOR | NOMBRE DE LA AGENCIA DE ÓRDEN PÚBLICO  | NÚMERO DEL CASO |
|       |       |       |
| ¿SE EMITIERON CITACIONES? | ¿A QUIÉN? |
| [ ]  SÍ | [ ]  No |       |
| CONDICIONES DE LA CARRETERA | CONTROL DE TRÁFICO | ¿EL OTRO VEHÍCULO TENÍA LAS LUCES ENCENDIDAS?(SI HUBO OTRO VEHÍCULO INVOLUCRADO) |
| [ ]  Mojado | [ ]  Seco | [ ]  Nieve | [ ]  Hielo | [ ]  Señal de Pare | [ ]  Señal de ceder el paso | [ ]  Sí | [ ]  No |
| [ ]  Otro |       |  | [ ]  Señal de tráfico [ ]  Sin control | [ ]  Otro |       | [ ]  Brillantes [ ]  Tenues |  |
|  |  |  |  |  |
| **Testigo****Información** | NOMBRE DEL TESTIGO |
|  |       |
|  | DIRECCIÓN DE VIVIENDA | NÚMERO DE TELÉFONO  |
|  |       |       |
|  | CIUDAD | ESTADO | CÓDIGO POSTAL |
|  |       |    |       |
| **Testigo****Información** | NOMBRE DEL TESTIGO |
|  |       |
|  | DIRECCIÓN DE VIVIENDA | NÚMERO DE TELÉFONO |
|  |       |       |
|  | CIUDAD | ESTADO | CÓDIGO POSTAL |
|  |       |    |       |
| DESCRIPCIÓN DEL CONDUCTOR DEL ACCIDENTE / INCIDENTE | [ ]  Las hojas adjuntas incluyen descripción adicional, información de testigos y pasajeros. |
|       |
| Diagram  AI-generated content may be incorrect. | **Marcar las Áreas Dañadas** |
| FIRMA (CONDUCTOR) | FECHA | FIRMA (SUPERVISOR) | FECHA |
|  |       |  |       |