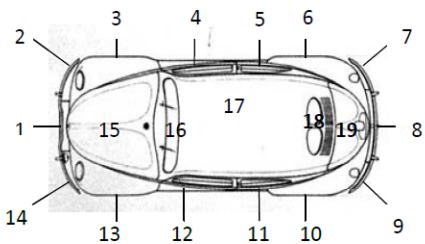


## Anexo #1. Declaración de Accidente de Tránsito Menor

<b>Declaración de Accidente de Tránsito Menor</b>												
1. Condiciones del Accidente												
1.1. Fecha:		/		/			:			AM		PM
	<i>día</i>		<i>mes</i>		<i>año</i>		<i>hora</i>					
1.2. Lugar:												
	Provincia			Cantón			Distrito			Barrio		
Indicaciones adicionales de la ubicación:												
1.3. Trayecto		Recta		Curva		Pendiente		A nivel		En intersección		
1.4. Superficie		Asfalto		Lastre		Concreto		Tierra				
										<i>Otro, especifique</i>		
1.5. Condiciones de la vía		Húmeda				Seca				Buenas		
										Malas		
1.6. Señales de tránsito		Sí	Especifique:									
		No										
2. Conductor vehículo A												
2.1. Nombre y apellidos:												
2.2. Tipo de identificación:		Cédula de identidad				Pasaporte del país de:						
		Dimex				Otro. Especifique:						
2.3. Número de identificación:												
2.4. Sexo		Femenino				Masculino			2.5. Edad:		2.6. Nacionalidad	
2.7. Lugar de residencia:												
2.8. Lugar de trabajo:												
2.8 Medios de contacto		<i>Teléfono celular</i>				<i>Teléfono residencia</i>				<i>Teléfono trabajo</i>		
											<i>Correo electrónico</i>	
3. Propietario vehículo A												
3.1. Nombre y apellidos o razón social:												
3.2. Tipo de identificación:		Cédula de identidad				Pasaporte del país de:						
		Dimex				Otro. Especifique:						
3.3. Número de identificación:												
4. Vehículo A												
Placa:		Color		:		Marca:		Modelo:				
Año:		Aseguradora (cuando esté asegurado):										
Número de póliza:												
5. Conductor vehículo B												
5.1. Nombre y apellidos:												
5.2. Tipo de identificación:		Cédula de identidad				Pasaporte del país de:						
		Dimex				Otro. Especifique:						
5.3. Número de identificación:												
5.4. Sexo		Femenino				Másculino			5.5. Edad:		5.6. Nacionalidad	
5.7. Lugar de residencia:												
5.8. Lugar de trabajo:												
5.9. Medios de contacto		<i>Teléfono celular</i>				<i>Teléfono residencia</i>				<i>Teléfono trabajo</i>		
											<i>Correo electrónico</i>	

6. Propietario vehículo B																																																																									
6.1. Nombre y apellidos o razón social: _____																																																																									
6.2. Tipo de identificación:	Cédula de identidad	Pasaporte del país de:																																																																							
	Dimex	Otro. Especifique:																																																																							
6.3. Número de identificación: _____																																																																									
7. Vehículo B																																																																									
Placa:		Color:																																																																							
		Marca:																																																																							
		Modelo:																																																																							
Año:		Aseguradora (cuando esté asegurado): _____																																																																							
Número de póliza: _____																																																																									
8. Daños de los vehículos A y B																																																																									
F. INDIQUE CON NUMEROS LOS DAÑOS DEL VEHICULO																																																																									
	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tbody> <tr> <td style="text-align: center;"><b>1</b></td><td style="text-align: center;"><b>2</b></td><td style="text-align: center;"><b>3</b></td><td style="text-align: center;"><b>4</b></td><td style="text-align: center;"><b>5</b></td><td style="text-align: center;"><b>6</b></td><td style="text-align: center;"><b>7</b></td><td style="text-align: center;"><b>8</b></td><td style="text-align: center;"><b>9</b></td><td style="text-align: center;"><b>10</b></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;"><b>A</b></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td></td><td style="text-align: center;">11</td><td style="text-align: center;">12</td><td style="text-align: center;">13</td><td style="text-align: center;">14</td><td style="text-align: center;">15</td><td style="text-align: center;">16</td><td style="text-align: center;">17</td><td style="text-align: center;">18</td><td style="text-align: center;">19</td> </tr> <tr> <td></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;"><b>B</b></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td></td><td style="text-align: center;">11</td><td style="text-align: center;">12</td><td style="text-align: center;">13</td><td style="text-align: center;">14</td><td style="text-align: center;">15</td><td style="text-align: center;">16</td><td style="text-align: center;">17</td><td style="text-align: center;">18</td><td style="text-align: center;">19</td> </tr> <tr> <td></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td> </tr> </tbody> </table>			<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	<b>6</b>	<b>7</b>	<b>8</b>	<b>9</b>	<b>10</b>	<b>A</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		11	12	13	14	15	16	17	18	19		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<b>B</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		11	12	13	14	15	16	17	18	19		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	<b>6</b>	<b>7</b>	<b>8</b>	<b>9</b>	<b>10</b>																																																																
<b>A</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																
	11	12	13	14	15	16	17	18	19																																																																
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																
<b>B</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																
	11	12	13	14	15	16	17	18	19																																																																
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																
9. Dibujo de posición final de vehículos luego de la colisión <i>(No es necesario si la información se registra en el programa del artículo 4 del Reglamento Sobre Primeras Diligencias en accidentes de tránsito menor y en su lugar se sustituye por fotografías o videos)</i>																																																																									

Los firmantes \_\_\_\_\_ y \_\_\_\_\_, de calidades indicadas en este documento, declaramos bajo fe de juramento, lo siguiente:

1. Que la responsabilidad de la colisión corresponde a:

	Conductor A (el conductor A asume la reparación de ambos vehículos colisionados)
	Conductor B (el conductor B asume la reparación de ambos vehículos colisionados)
	Ambos conductores por partes iguales (cada conductor asume la reparación del vehículo que conducía)

2. Que la información consignada en el documento refleja fielmente lo ocurrido.

Firmas:

Conductor A: _____	Conductor B: _____
Testigo 1	Testigo 2
Nombre: Cédula: Firma: _____	Nombre: Cédula: Firma: _____