

ANEXO 1: Instrucciones para rellenar un parte de accidente

A la hora de cumplimentar este Parte de Accidentes es necesario que tenga en cuenta cumplimentar los campos obligatorios del mismo.

Es imprescindible que nos traslade la máxima información relativa a lo sucedido para que podamos hacer una gestión eficiente con la compañía aseguradora.

Según su contrato: en caso de accidente de alguno de los vehículos arrendados el Cliente está obligado a ponerlo en conocimiento de la Arrendadora a la mayor brevedad y, en todo caso, en un plazo máximo de 48 horas a contar desde la fecha en que se haya producido. Asimismo, en caso de accidente el Cliente deberá:

- informar inmediatamente a la autoridad competente en caso de accidente grave
- tomar nota de todos los datos de identificación de las partes implicadas en el accidente.
- no firmar declaraciones de asunción de responsabilidad.
- cumplimentar cualquier declaración que pueda ser de utilidad así como facilitarla a la Arrendadora.
- cuidar de la custodia del vehículo accidentado con la diligencia debida
- hacer uso únicamente de los medios puestos a disposición por la Arrendadora para el remolcaje del vehículo arrendado.
- seguir las instrucciones de la Arrendadora en relación a la reparación del vehículo.

Accidente con contrario: Deben rellenar ambas columnas del parte. Vehículo A (veh propio) y vehículo B (veh contrario).

En caso de ausencia o de fuga del vehículo contrario que haya causado daños en el nuestro es necesario que se pongan en contacto con la Autoridad Policial para interponer una denuncia en firme que nos ayude a la gestión de dicho siniestro, así como a tomar datos de testigos incluyendo teléfono o hacer fotos en el lugar de los hechos.

Accidente sin contrario: Deben rellenar solo la columna relativa al vehículo A.

ATESTADO: En caso de que acudan las autoridades y realicen atestado es importante que nos facilite el número de atestado y qué autoridad se ha personado.

(Sello de la oficina que reporta el accidente)
(Stamp station reporting accident)

Oficina: _____
Station: _____

BECARFLEX S.L.

DECLARACIÓN DE ACCIDENTE/INCIDENCIA (ACCIDENT/INCIDENT REPORT)

Fecha del accidente: Accident date:	Hora: Time:	Calle, Avenida, Plaza o Carretera donde ocurrió (tache lo que no proceda) Street, Avenue, Square or Road where happened (delete when not applicable)	N.º o Km.: _____
_____	_____	Ciudad: _____ City:	Provincia: _____ Province:

VEHÍCULO A		Cliente RENTER	VEHÍCULO B (contrario) THIRD PARTY AUTOMOBILE
Señale el lugar de los daños Cross damaged points		Contrario THIRD PARTY	
		Nombre / NAME	
		Dirección / ADDRESS	
		Matrícula } Matrícula	
		LICENSE PLATE Nb	
		Marca y Modelo MAKE AND TYPE	
		Compañía INSURANCE	
		N.º de Póliza POLICY Nb	
		Agencia AGENCY	
		Conductor Nombre-Apellidos DRIVE NAME	
		Fecha nacimiento BORN ON	
		Domicilio ADDRESS	
		Permiso conducir N.º DRIVING LICENCE Nb	
		Emitido en (fecha emisión) DELIVERED ON	
		Coche procedente de APPROACHING FROM	
		Coche con dirección a TRAVELLING TOWARDS	
		En que consisten los daños	
		APPARENT DAMAGED	

HERIDOS - INJURED PERSONS

NOMBRE NAME	DIRECCIÓN ADDRESS	EDAD AGE	Señale con una X – Indicate with a cross		
			OCUPANTES VEHÍCULO VEHICLE		PEATÓN PEDESTRIAN
			BECARFLEX S.L.	CONTRARIO THIRD PARTY	

En que consisten las lesiones:
Description of injuries: _____

**A CUMPLIMENTAR POR EL CONDUCTOR
TO BE COMPLETED BY DRIVER**

Descripción del accidente: _____ Details of accident: _____	CROQUIS: (indispensable) DIAGRAM: (necessary) A – Vehículo BECARFLEX S.L. A – BECARFLEX S.L. vehicle B – Vehículo contrario B – Third party vehicle

Informe Oficial Official Report	Emitido por Drawn up by	Agente: _____ Policeman from: Comisaría de: _____ Police Station of:	Distrito: _____ District of: Teléfono: _____ Phone: N° Agente: _____ Policeman Number:
---	----------------------------	---	---

Testigo - Nombres: _____ Witness - Names:	Direcciones: _____ Address:

Para uso de BECARFLEX S.L. únicamente For BECARFLEX S.L. use only	N.º Contrato: _____ RA N.º: Oficina de alquiler: _____ Renting Station: Oficina devolución vehículo: _____ Check-in Station: Método de pago: _____ Method of payment: Código de tarifa: _____ Rate Code: N.º de AWD: _____ AWD N.º: Kilómetros: _____ Kilometers:	Importe Franquicia: Total cargado: _____ Daños: _____ Admin Fee: _____ Fotos: _____ Personal mobility service Employee <input style="width: 50px;" type="checkbox"/>	Aceptado Accepted SI NO (yes) (no)																				
			<table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width:50%;">SCDW</td> <td style="width:50%;"></td> <td style="width:50%;"></td> <td style="width:50%;"></td> </tr> <tr> <td>CDW</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>TP</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>SPAI</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>PAI</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table>	SCDW				CDW				TP				SPAI				PAI			
SCDW																							
CDW																							
TP																							
SPAI																							
PAI																							

Declaración veredicto
 Certified true in every respect

Fecha: Día: _____ Mes: _____ Año: _____
 Date: Day: _____ Month: _____ Year: _____

Firma del conductor
 Driver's signature