

DECLARACIÓN AMISTOSA DE ACCIDENTE

1 Fecha del Accidente _____	Hora _____	2 Localización País: _____	Lugar: _____	3 Víctima(s) incluso leve(s) no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/>
4 Daños materiales Vehículos distintos de A y B no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> objetos distintos al vehículo no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/>		5 Testigos: nombre, dirección, tel. _____ _____		

Vehículo A

6 Asegurado (véase póliza de seguro) _____

NOMBRE: _____
Apellidos: _____
Dirección: _____
Código Postal: _____ País: _____
Tel. o E-mail: _____

7 Vehículo

VEHÍCULO A MOTOR	REMOLQUE
Marca, modelo _____	
Matrícula (o bastidor) _____	Matrícula (o bastidor) _____
País de matrícula _____	País de matrícula _____

8 Aseguradora (véase póliza de seguro) _____

NOMBRE: _____
N.º de póliza: _____
N.º de Carta Verde: _____
Certificado o Carta Verde válida desde _____ hasta _____
Agencia (oficina o corredor): _____
Nombre: _____
Dirección: _____ País: _____
Tel. o E-mail: _____

¿Los daños propios del vehículo están asegurados?
no si

9 Conductor (ver permiso de conducir)

NOMBRE: _____
Apellidos: _____
Fecha de nacimiento: _____
Dirección: _____ País: _____
Tel. o E-mail: _____
Permiso de conducir n.º _____
Categoría (A, B, ...): _____
Permiso válido hasta: _____

10 Indicar el punto de choque inicial con una flecha →

11 Daños apreciados al vehículo A:

14 Observaciones:

12. CIRCUNSTANCIAS

<p>A</p> <p><input type="checkbox"/> 1 * Estaba estacionado/parado</p> <p><input type="checkbox"/> 2 * Salía de un estacionamiento/abriendo puerta</p> <p><input type="checkbox"/> 3 Iba a estacionar</p> <p><input type="checkbox"/> 4 Salía de un aparcamiento, de un lugar privado, de un camino de tierra</p> <p><input type="checkbox"/> 5 Entraba a un aparcamiento, a un lugar privado, a un camino de tierra</p> <p><input type="checkbox"/> 6 Entraba a una plaza de sentido giratorio</p> <p><input type="checkbox"/> 7 Circulaba por una plaza de sentido giratorio</p> <p><input type="checkbox"/> 8 Colisionó en la parte de atrás al otro vehículo que circulaba en el mismo sentido y en el mismo carril</p> <p><input type="checkbox"/> 9 Circulaba en el mismo sentido y en carril diferente</p> <p><input type="checkbox"/> 10 Cambiaba de carril</p> <p><input type="checkbox"/> 11 Adelantaba</p> <p><input type="checkbox"/> 12 Giraba a la derecha</p> <p><input type="checkbox"/> 13 Giraba a la izquierda</p> <p><input type="checkbox"/> 14 Daba marcha atrás</p> <p><input type="checkbox"/> 15 Invasión la parte reservada a la circulación en sentido inverso</p> <p><input type="checkbox"/> 16 Venía de la derecha (en un cruce)</p> <p><input type="checkbox"/> 17 No respetó la señal de preferencia o semáforo en rojo</p> <p><input type="checkbox"/> ← indicar número de casillas marcadas →</p>	<p>B</p> <p><input type="checkbox"/> 1</p> <p><input type="checkbox"/> 2</p> <p><input type="checkbox"/> 3</p> <p><input type="checkbox"/> 4</p> <p><input type="checkbox"/> 5</p> <p><input type="checkbox"/> 6</p> <p><input type="checkbox"/> 7</p> <p><input type="checkbox"/> 8</p> <p><input type="checkbox"/> 9</p> <p><input type="checkbox"/> 10</p> <p><input type="checkbox"/> 11</p> <p><input type="checkbox"/> 12</p> <p><input type="checkbox"/> 13</p> <p><input type="checkbox"/> 14</p> <p><input type="checkbox"/> 15</p> <p><input type="checkbox"/> 16</p> <p><input type="checkbox"/> 17</p>
---	---

Poner un aspa (x) en cada casilla que proceda para precisar el croquis
** tachar las circunstancias no válidas*

La firma de ambos conductores es obligatoria
No implica reconocimiento de responsabilidad, pero una correcta consignación de todos los datos facilita la tramitación

13 Croquis del Accidente (en el momento de la colisión) 13

Precisar: 1. situación - 2. dirección por flechas de los vehículos A, B - 3. su posición en el momento de la colisión - 4. señales de tráfico - 5. nombre de las calles (o carreteras)

Vehículo B

6 Asegurado (véase póliza de seguro) _____

NOMBRE: _____
Apellidos: _____
Dirección: _____
Código Postal: _____ País: _____
Tel. o E-mail: _____

7 Vehículo

VEHÍCULO A MOTOR	REMOLQUE
Marca, modelo _____	
Matrícula (o bastidor) _____	Matrícula (o bastidor) _____
País de matrícula _____	País de matrícula _____

8 Aseguradora (véase póliza de seguro) _____

NOMBRE: _____
N.º de póliza: _____
N.º de Carta Verde: _____
Certificado o Carta Verde válida desde _____ hasta _____
Agencia (oficina o corredor): _____
Nombre: _____
Dirección: _____ País: _____
Tel. o E-mail: _____

¿Los daños propios del vehículo están asegurados?
no si

9 Conductor (ver permiso de conducir)

NOMBRE: _____
Apellidos: _____
Fecha de nacimiento: _____
Dirección: _____ País: _____
Tel. o E-mail: _____
Permiso de conducir n.º _____
Categoría (A, B, ...): _____
Permiso válido hasta: _____

10 Indicar el punto de choque inicial con una flecha →

11 Daños apreciados al vehículo B:

14 Observaciones:

15 Firma de los conductores **15**

A **B**

Los datos personales suministrados serán objeto de tratamiento y se utilizarán por las respectivas entidades aseguradoras, con la exclusiva finalidad de tramitar la reclamación que pueda tener lugar como consecuencia del siniestro que motiva la Declaración, ante las cuales, de conformidad con la Ley Orgánica 15/1999, de Protección de Datos de Carácter Personal, pueden ejercitar los derechos de acceso, rectificación y cancelación.

declaración: a cumplimentar por el Asegurado. Presentar a la Entidad Aseguradora dentro de los 7 días siguientes a la ocurrencia del accidente.

Tiene póliza de ocupantes SI NO

Espacio reservado para la Entidad Aseguradora

16. NOMBRE DEL ASEGURADO:

17. DESCRIPCIÓN DEL ACCIDENTE:

18. INTERVENCIÓN DE AUTORIDADES: SI NO

POLICÍA QUE HA INTERVENIDO

19. DATOS DEL VEHÍCULO ASEGURADO:

TIPO _____ USO _____ COLOR _____

MERCANCÍA: PROPIA O DE TERCEROS

LUGAR HABITUAL DE GARAJE _____

20. DATOS DEL CONDUCTOR DEL VEHÍCULO ASEGURADO:

NOMBRE _____

APELLIDOS _____

EDAD _____ SEXO _____ ESTADO CIVIL _____

PROFESIÓN _____ TFNO _____

ANTIGÜEDAD CARNET: INFERIOR A 2 AÑOS SI NO

ES EL CONDUCTOR HABITUAL SI NO

ES DEPENDIENTE / ASALARIADO DEL ASEGURADO SI NO

PARENTESCO O RELACIÓN CON EL ASEGURADO _____

21. PERITACIÓN

VEHÍCULO ASEGURADO: Color _____ Taller en que será reparado _____

VEHÍCULO CONTRARIO: Color _____ Taller en que será reparado _____

OTROS DATOS: _____

22. OTROS VEHÍCULOS INTERVINIENTES (Además del A y B)

VEHÍCULO C

VEHÍCULO D

NOMBRE	_____	_____
APELLIDOS	_____	_____
MARCA	_____	_____
MODELO	_____	_____
MATRÍCULA	_____	_____
ASEGURADORA	_____	_____
N.º DE PÓLIZA	_____	_____
DAÑOS VISIBLES	_____	_____

23. DAÑOS A LAS COSAS Y ANIMALES

24. DAÑOS A LAS PERSONAS. VÍCTIMAS (Si existen más de dos víctimas utilizar otra declaración)

NOMBRE	_____	_____
APELLIDOS	_____	_____
DIRECCIÓN	_____	_____
EDAD Y ESTADO CIVIL	EDAD <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ESTADO CIVIL _____	EDAD <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ESTADO CIVIL _____
PROFESIÓN Y SEXO	PROFESIÓN _____ SEXO _____	PROFESIÓN _____ SEXO _____
PARENTESCO CON EL CONDUCTOR	_____	_____
PARENTESCO CON EL ASEGURADO	_____	_____
ASALARIADO DEL ASEGURADO	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
CONDICIÓN DE LA VÍCTIMA	{ PEATÓN <input type="checkbox"/> CONDUCTOR DEL VEHÍCULO <input type="checkbox"/> A B C D OCUPANTE DEL VEHÍCULO <input type="checkbox"/> A B C D	{ PEATÓN <input type="checkbox"/> CONDUCTOR DEL VEHÍCULO <input type="checkbox"/> A B C D OCUPANTE DEL VEHÍCULO <input type="checkbox"/> A B C D
DESCRIPCIÓN DE LAS LESIONES	_____	_____
CENTRO ASISTENCIAL	_____	_____

En _____ a _____ de _____

FIRMA DEL ASEGURADO

(En caso de no firmar el asegurado, indicar los motivos y quién lo hace en su nombre).

25. OBSERVACIONES

