

DECLARACIÓN AMISTOSA DE ACCIDENTE



1 Fecha del Accidente	Hora	2 Localización	Lugar	3 Víctima(s) incluso leve(s)
		País		no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/>

4 Daños materiales
 Vehículos distintos de A y B objetos distintos al vehículo
 no si no si

5 Testigos: nombre, dirección, tel.

Vehículo A

6 Asegurado (véase póliza de seguro)
 NOMBRE:
 Apellidos:
 Dirección:
 Código Postal: País:
 Tel. o E-mail:

12. CIRCUNSTANCIAS

↓ **Poner un aspa (x) en cada casilla que proceda para precisar el croquis** ↓

A **B**

**tachar las circunstancias no válidas*

1 *Estaba estacionado/parado 1
 2 *Salía de un estacionamiento/abriendo puerta 2
 3 Iba a estacionar 3
 4 Salía de un aparcamiento, de un lugar privado, de un camino de tierra 4
 5 Entrada a un aparcamiento, a un lugar privado, a un camino de tierra 5
 6 Entrada a una plaza de sentido giratorio 6
 7 Circulaba por una plaza de sentido giratorio 7
 8 Colisionó en la parte de atrás al otro vehículo que circulaba en el mismo sentido y en el mismo carril 8
 9 Circulaba en el mismo sentido y en carril diferente 9
 10 Cambiaba de carril 10
 11 Adelantaba 11
 12 Giraba a la derecha 12
 13 Giraba a la izquierda 13
 14 Daba marcha atrás 14
 15 Invaldió la parte reservada a la circulación en sentido inverso 15
 16 Venía de la derecha (en un cruce) 16
 17 No respetó la señal de preferencia o semáforo en rojo 17

← **Indicar número de casillas marcadas** →

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 sí

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 la flecha →

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)

10 Indicar el punto de choque inicial con la flecha →

11 Daños apreciados al vehículo B

14 Observaciones

15 Firma de los conductores

A **B**

14 Observaciones

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 la cual, 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.

Espacio reservado para la Entidad Aseguradora

Tiene póliza de ocupantes SI NO

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

MERCANCIA: 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

EL CONDUCTOR ES 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

VEHICULO 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"/> ESTADO CIVIL	EDAD <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	<input type="checkbox"/> PEATÓN <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> CONDUCTOR DEL VEHÍCULO <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> OCUPANTE DEL VEHÍCULO <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> D	<input type="checkbox"/> PEATÓN <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> CONDUCTOR DEL VEHÍCULO <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> OCUPANTE DEL VEHÍCULO <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> D
DESCRIPCIÓN DE LAS LESIONES .....	.....	.....
CENTRO ASISTENCIAL .....	.....	.....

En a de de

FIRMA DEL ASEGURADO

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

25. OBSERVACIONES: