

# DECLARACIÓN AMISTOSA DE ACCIDENTE

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

**4 Daños materiales**

Vehículos distintos de A y B: no  sí

objetos distintos al vehículo: no  sí

**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  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: .....

## 12. CIRCUNSTANCIAS

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

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

← **Indicar número de casillas marcadas** →

**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  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 una flecha** →

**11 Daños apreciados al vehículo A:**

.....

.....

**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**

**14 Observaciones:**

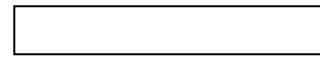
.....

.....

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 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. DATO 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.....	.....	.....
Nº. 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 ESTADO CIVIL.....	EDAD ESTADO CIVIL.....
PROFESIÓN Y SEXO.....	PROFESIÓN..... SEXO.....	PROFESIÓN..... SEXO.....
PARENTESCO CON EL CONDUCTOR.....	.....	.....
PARENTESCO CON EL ASEGURADO.....	.....	.....
ASALARIADO DEL ASEGURADO.....	SI NO	SI NO
CONDICIÓN DE LA VÍCTIMA.....	{ PEATÓN CONDUCTOR DEL VEHÍCULO A B C D OCUPANTE DEL VEHÍCULO A B C D	{ PEATÓN CONDUCTOR DEL VEHÍCULO A B C D OCUPANTE DEL VEHÍCULO A B C 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 .....