

DECLARACIÓN AMISTOSA DE ACCIDENTE

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

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

VEHICULO 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

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

↓ A	↓ B
--------	--------

**tachar las circunstancias no válidas*

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

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

VEHICULO 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 →

11 Daños apreciados al vehículo A

14 Observaciones

15 Firma de los conductores 15
--

10 Indicar el punto de choque inicial con la flecha →

11 Daños apreciados al vehículo B

14 Observaciones

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 la cual, se pueden ejercitar los derechos de acceso, rectificación y cancelación.



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
POLICIA QUE HA INTERVENIDO:

19. DATOS DEL VEHÍCULO A SEGURO:
TIPO USO COLOR
MERCANCIA: PROPIA O DE TERCEROS
LUGAR HABITUAL DE GARAJE:

20. DATOS DEL CONDUCTOR DEL VEHÍCULO A SEGURO:
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
DANOS VISIBLES

23. DAÑOS A LAS COSAS Y ANIMALES:

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

	VÍCTIMA 1	VÍCTIMA 2
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	{ PEATÓN <input type="checkbox"/> CONDUCTOR DEL VEHÍCULO A B C D OCUPANTE DEL VEHÍCULO A B C D	{ PEATÓN <input type="checkbox"/> 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: