

DECLARACIÓN AMISTOSA DE ACCIDENTE

1 Fecha del Accidente Hora **2 Localización** Lugar País **3 Víctima(s) incluso leve(s)** no sí

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:

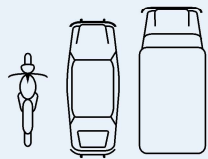
7 Vehículo

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 →



11 Daños apreciados al vehículo A
.....
.....

14 Observaciones
.....
.....

12. CIRCUNSTANCIAS

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

**tachar las circunstancias no válidas*

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

← 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)

A

B

15 Firma de los conductores 15
.....
.....

Vehículo B

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

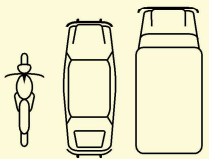
7 Vehículo

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 →



11 Daños apreciados al vehículo B
.....
.....

14 Observaciones
.....
.....

Los datos personales suministrados serán objeto de tratamiento y se utilizarán por las respectivas entidades aseguradas con la exclusiva finalidad de tramitar la reclamación que pueda tener lugar como consecuencia del siniestro que motiva la Declaración, ante la 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
POLICIA QUE HA INTERVENIDO
.....

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

19. DATOS DEL VEHÍCULO ASEGURADO:
TIPO USO COLOR
MERCANCÍA: PROPIA O DE TERCEROS
LUGAR HABITUAL DE GARAJE:

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)

	VEHICULO C	VEHICULO 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 VEHICULO <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> OCUPANTE DEL VEHICULO <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/>	{ PEATÓN <input type="checkbox"/> CONDUCTOR DEL VEHICULO <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> OCUPANTE DEL VEHICULO <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/>
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:
.....
.....
.....