

DECLARACIÓN AMISTOSA DE ACCIDENTE

1. FECHA del accidente **HORA**

2. LUGAR (País, calle, población, provincia, etc.)

3. VICTIMA(S) incluso leve(s)

No Si

4. DAÑOS MATERIALES EN vehículos u objetos distintos de A y B
No Si

5. TESTIGOS nombre, dirección y teléfono de contacto.

Vehículo A

6. ASEGURADO (véase póliza de Seguro)

NOMBRE
 APELLIDOS
 DIRECCION
 C.P. PAIS
 TEL. o E-MAIL

7. VEHICULO

MARCA / MODELO / VERSION
 MATRICULA (o bastidor)

8. ASEGURADORA (véase póliza de Seguro)

NOMBRE
 NUMERO DE POLIZA
 NUMERO DE CARTA VERDE
 VALIDEZ desde hasta
 AGENCIA (Oficina o Corredor)
 DIRECCIÓN

¿Los daños propios del vehículo están asegurados? Si No

9. CONDUCTOR (ver permiso conducir)

NOMBRE
 APELLIDOS
 FECHA NACIMIENTO
 DIRECCION
 NUMERO PERMISO CONDUCIR
 CATEGORÍA (A, B, ...)
 PERMISO VALIDO HASTA

12. CIRCUSTANCIAS

Marcar en cada casilla que proceda.

| | | | |
|--------------------------|----|--|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> | 1 | ESTABA ESTACIONADO / PARADO | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | 2 | SALIA DE UN ESTACIONAMIENTO | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | 3 | IBA A ESTACIONAR | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | 4 | SALIA DE UN APARCAMIENTO, DE UN LUGAR PRIVADO, DE UN CAMINO DE TIERRA | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | 5 | ENTRABA A UN APARCAMIENTO, A UN LUGAR PRIVADO, A UN CAMINO DE TIERRA | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | 6 | ENTRABA A UNA PLAZA DE SENTIDO GIRATORIO | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | 7 | CIRCULABA POR UNA PLAZA DE SENTIDO GIRATORIO | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | 8 | COLISIONO EN LA PARTE DE ATRÁS AL OTRO VEHÍCULO QUE CIRCULABA EN EL MISMO SENTIDO Y EN EL MISMO CARRIL | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | 9 | CIRCULABA EN EL MISMO SENTIDO Y EN CARRIL DIFERENTE | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | 10 | CAMBIABA DE CARRIL | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | 11 | ADELANTABA | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | 12 | GIRABA A LA DERECHA | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | 13 | GIRABA A LA IZQUIERDA | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | 14 | DABA MARCHA ATRÁS | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | 15 | INVADIA LA PARTE RESERVADA A LA CIRCULACIÓN EN SENTIDO INVERSO | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | 16 | VENIA DE LA DERECHA (EN UN CRUCE) | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | 17 | NO RESPETO LA SEÑAL DE PREFERENCIA O SEMÁFORO EN ROJO | <input type="checkbox"/> |

INDICAR NUMERO TOTAL DE CASILLAS MARCADAS

Vehículo B

6. ASEGURADO (véase póliza de Seguro)

NOMBRE
 APELLIDOS
 DIRECCION
 C.P. PAIS
 TEL. o E-MAIL

7. VEHICULO

MARCA / MODELO / VERSION
 MATRICULA (o bastidor)

8. ASEGURADORA (véase póliza de Seguro)

NOMBRE
 NUMERO DE POLIZA
 NUMERO DE CARTA VERDE
 VALIDEZ desde hasta
 AGENCIA (Oficina o Corredor)
 DIRECCIÓN

¿Los daños propios de vehículo están asegurados? Si No

9. CONDUCTOR (ver permiso conducir)

NOMBRE
 APELLIDOS
 FECHA NACIMIENTO
 DIRECCION
 NUMERO PERMISO CONDUCIR
 CATEGORÍA (A, B, ...)
 PERMISO VALIDO HASTA

10. INDICAR EL PUNTO DE CHOQUE INICIAL CON UNA FLECHA → (solo para la versión impresa)



11. DAÑOS VEHÍCULO A:

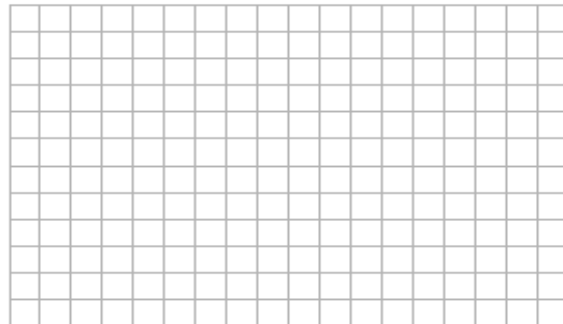
.....

14. OBSERVACIONES

.....

13. CROQUIS DEL ACCIDENTE (solo para la versión impresa)

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

10. INDICAR EL PUNTO DE CHOQUE INICIAL CON UNA FLECHA → (solo para la versión impresa)



11. DAÑOS VEHÍCULO B:

.....

14. OBSERVACIONES

.....

15. FIRMA DE LOS CONDUCTORES (solo para la versión impresa)

.....

B

DECLARACION:

A cumplimentar por el asegurado.
Presentar a la Entidad Aseguradora dentro de los SIETE días siguientes a la ocurrencia del accidente.

16. NOMBRE DEL ASEGURADO ¿TIENE PÓLIZA DE OCUPANTES? Sí No

17. DESCRIPCIÓN DEL ACCIDENTE
.....
.....

18. INTERVENCIÓN DE AUTORIDADES Sí 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
TEL. PROFESIÓN
ANTIGÜEDAD DE 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:
COLOR VEHÍCULO ASEGURADO TALLER EN QUE SERA REPARADO
COLOR VEHÍCULO CONTRARIO TALLER EN QUE SERA REPARADO
OTROS DATOS:

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

| | VEHÍCULO C | VEHÍCULO D |
|------------------|------------|------------|
| NOMBRE | | |
| APELLIDOS | | |
| MARCA | | |
| MODELO | | |
| MATRICULA | | |
| ASEGURADORA | | |
| NUMERO DE POLIZA | | |
| DAÑOS VISIBLES | | |

23. DANOS A LAS COSAS Y ANIMALES:

24. DAÑOS A LAS PERSONAS. VICTIMAS. (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 | PROFESION | SEXO | PROFESION | 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"/> | |
| CONDICION DE LA VICTIMA | PEATON <input type="checkbox"/> | A B C D | PEATON <input type="checkbox"/> | A B C D |
| | CONDUCTOR DEL VEHÍCULO | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | CONDUCTOR DEL VEHÍCULO | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| | OCUPANTE DEL VEHÍCULO | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | OCUPANTE DEL VEHÍCULO | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| DESCRIPCIÓN DE LAS LESIONES | | | | |
| CENTRO ASISTENCIAL | | | | |

En a de de

25. OBSERVACIONES
.....
.....

FIRMA DEL ASEGURADO
(solo para la versión impresa)