

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*

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 Invadía 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** →

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

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 aseguradoras con la exclusiva finalidad de tramitar la reclamación que pueda tener lugar como consecuencia del siniestro que motivó 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.



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

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)

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

.....
.....
.....
.....