DECLARACIÓN AMISTOSA DE ACCIDENTE

1 Fecha del Accidente | **Hora**

2 Localización | Lugar .....
País .....

3 Victima(s) incluso leve(s)
no ☐ si ☐

4 Daños materiales
Vehículos distintos de A y B: no ☐ si ☐
objetos distintos al vehículo: no ☐ si ☐

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 ☐ *si* ☐

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

tachar las circunstacias no válidas

A		B
☐ 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

*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:

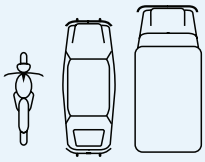
7 Vehículo

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 ☐ *si* ☐

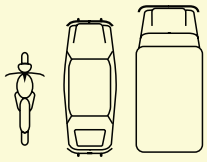
9 Conductor (ver permiso de conducir)
NOMBRE: .....
Apellidos: .....
Fecha de nacimiento: .....
Dirección: .....
.....País: .....
Tel. o E-mail:
Permiso de conducir n.º: .....
Categoría (A, B, ...): .....
Permiso válido hasta: .....

10 Indicar el punto de choque inicial con la flecha →



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

10 Indicar el punto de choque inicial con la 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 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.

Espacio reservado para la Entidad Aseguradora

Tiene póliza de ocupantes SI ☐ NO ☐

16. NOMBRE DEL ASEGURADO: .....

17. DESCRIPCIÓN DEL ACCIDENTE: .....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

18. INTERVENCIÓN DE AUTORIDADES: SI ☐ 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.....

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		
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 VICTIMA	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 quièn lo hace en su nombre).

25. OBSERVACIONES: .....

.....

.....

.....

.....