

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.

1	ESTABA ESTACIONADO / PARADO	1
2	SALIA DE UN ESTACIONAMIENTO	2
3	IBA A ESTACIONAR	3
4	SALIA DE UN APARCAMIENTO, DE UN LUGAR PRIVADO, DE UN CAMINO DE TIERRA	4
5	ENTRABA A UN APARCAMIENTO, A UN LUGAR PRIVADO, A UN CAMINO DE TIERRA	5
6	ENTRABA A UNA PLAZA DE SENTIDO GIRATORIO	6
7	CIRCULABA POR UNA PLAZA DE SENTIDO GIRATORIO	7
8	COLISIONO 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	INVADIA LA PARTE RESERVADA A LA CIRCULACIÓN EN SENTIDO INVERSO	15
16	VENIA DE LA DERECHA (EN UN CRUCE)	16
17	NO RESPETO LA SEÑAL DE PREFERENCIA O SEMÁFORO EN ROJO	17

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

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

A

13. CROQUIS DEL ACCIDENTE **13.** (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).



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

B

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 **15.** (solo para la versión impresa)

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 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"/>	PEATON <input type="checkbox"/> A B C D 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"/>
DESCRIPCIÓN DE LAS LESIONES		
CENTRO ASISTENCIAL		

En a de de

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

FIRMA DEL ASEGURADO
(solo para la versión impresa)