

DECLARACIÓN AMISTOSA DE ACCIDENTE

1/2

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

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

5 Testigos: nombre, dirección, tel.

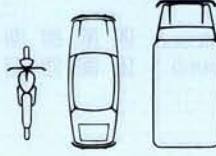
Vehículo A

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 una flecha


11 Daños apreciados al vehículo A:

14 Observaciones:

12. CIRCUNSTANCIAS

A	Poner un aspa(x) en cada casilla que proceda para precisar el croquis	B
	<i>*tachar las circunstancias no válidas</i>	
☐ 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	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	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	Invasión 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)
--

Preparar: 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

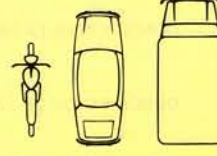
Vehículo B

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 ☐ 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 una flecha


11 Daños apreciados al vehículo B:

14 Observaciones:

15 Firma de los conductores

A	B
----------	----------

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 motiva la Declaración, ante las 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.

16. NOMBRE DEL ASEGURADO:

17. DESCRIPCIÓN DEL ACCIDENTE:

18. INTERVENCIÓN DE AUTORIDADES: SI NO
POLICÍA QUE HA INTERVENIDO

19. DATO DEL VEHÍCULO ASEGURADO:
TIPOUSOCOLOR
MERCANCÍA: PROPIA O DE TERCEROS
LUGAR HABITUAL DE GARAJE

20. DATOS DEL CONDUCTOR DEL VEHÍCULO ASEGURADO:
NOMBRE
APELLIDOS
EDADSEXOESTADO CIVIL
PROFESIÓNTFNO
ANTIGÜEDAD 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

VEHÍCULO ASEGURADO: ColorTaller en que será reparado
VEHÍCULO CONTRARIO: ColorTaller 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		
Nº. 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	EDADESTADO CIVIL	EDADESTADO CIVIL
PROFESIÓN Y SEXO	PROFESIÓNSEXO	PROFESIÓNSEXO
PARENTESCO CON EL CONDUCTOR		
PARENTESCO CON EL ASEGURADO		
ASALARIADO DEL ASEGURADO	SI NO	SI NO
CONDICIÓN DE LA VÍCTIMA	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		

Ena dede

FIRMA DEL ASEGURADO

En caso de no firmar el asegurado, indicar los motivos y quién lo hace en su nombre).

25. OBSERVACIONES