# 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

↓ A — **Poner un aspa (x) en cada casilla que proceda para precisar el croquis** — ↓ B

**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:

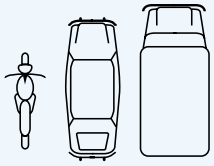
**7 Vehículo**

| 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* ☐

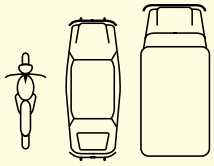
**9 Conductor** (ver permiso de conducir)
NOMBRE: .....
Apellidos: .....
Fecha de nacimiento: .....
Dirección: .....
..... País: .....
Tel. o E-mail:
Permiso de conducir n.º: .....
Categoría (A, B, .....): .....
Permiso válido hasta: .....

**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 ☐<br>CONDUCTOR DEL VEHÍCULO A B C D<br>OCUPANTE DEL VEHÍCULO A B C D | PEATÓN ☐<br>CONDUCTOR DEL VEHÍCULO A B C D<br>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:** .....

.....

.....

.....

.....