

DECLARACIÓN AMISTOSA DE ACCIDENTE

1 Fecha del Accidente	Hora	2 Localización	Lugar	3 Víctima(s) incluso leve(s)
		País		no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/>

4 Daños materiales	5 Testigos: nombre, dirección, tel.
Vehículos distintos de A y B no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> objetos distintos al vehículo no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/>	

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 * tachar las circunstancias no válidas ↓ **B**

<input type="checkbox"/> 1 * Estaba estacionado/parado <input type="checkbox"/> 2 * Salía de un estacionamiento/abriendo puerta <input type="checkbox"/> 3 Iba a estacionar <input type="checkbox"/> 4 Salía de un aparcamiento, de un lugar privado, de un camino de tierra <input type="checkbox"/> 5 Entraba a un aparcamiento, a un lugar privado, a un camino de tierra <input type="checkbox"/> 6 Entraba a una plaza de sentido giratorio <input type="checkbox"/> 7 Circulaba por una plaza de sentido giratorio <input type="checkbox"/> 8 Colisionó en la parte de atrás al otro vehículo que circulaba en el mismo sentido y en el mismo carril <input type="checkbox"/> 9 Circulaba en el mismo sentido y en carril diferente <input type="checkbox"/> 10 Cambiaba de carril <input type="checkbox"/> 11 Adelantaba <input type="checkbox"/> 12 Giraba a la derecha <input type="checkbox"/> 13 Giraba a la izquierda <input type="checkbox"/> 14 Daba marcha atrás <input type="checkbox"/> 15 Invasión la parte reservada a la circulación en sentido inverso <input type="checkbox"/> 16 Venía de la derecha (en un cruce) <input type="checkbox"/> 17 No respetó la señal de preferencia o semáforo en rojo	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/> 10 <input type="checkbox"/> 11 <input type="checkbox"/> 12 <input type="checkbox"/> 13 <input type="checkbox"/> 14 <input type="checkbox"/> 15 <input type="checkbox"/> 16 <input type="checkbox"/> 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: _____



11 Daños apreciados al vehículo A:

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 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.