

# DECLARACIÓN AMISTOSA DE ACCIDENTE

1/2

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

|                                                                                                              |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>4 Daños materiales</b>                                                                                    |
| Vehículos distintos de A y B <input type="checkbox"/> objetos distintos al vehículo <input type="checkbox"/> |
| no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/>                                                      |

|                                            |
|--------------------------------------------|
| <b>5 Testigos: nombre, dirección, tel.</b> |
|                                            |
|                                            |

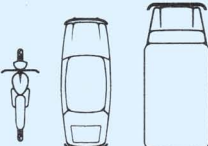
## Vehículo A

|                                             |
|---------------------------------------------|
| <b>6 Asegurado</b> (véase póliza de seguro) |
| NOMBRE:                                     |
| Apellidos:                                  |
| Dirección:                                  |
| Código Postal: País:                        |
| Tel. o E-mail:                              |

|                         |                        |
|-------------------------|------------------------|
| <b>7 Vehículo</b>       |                        |
| <b>VEHÍCULO A MOTOR</b> | <b>REMOLQUE</b>        |
| Marca, modelo           |                        |
| Matrícula (o bastidor)  | Matrícula (o bastidor) |
| País de matrícula       | País de matrícula      |

|                                                         |
|---------------------------------------------------------|
| <b>8 Aseguradora</b> (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 <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> |

|                                              |
|----------------------------------------------|
| <b>9 Conductor</b> (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:                        |

|                                                                                     |
|-------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>10 Indicar el punto de choque inicial con una flecha</b> →                       |
|  |

|                                           |
|-------------------------------------------|
| <b>11 Daños apreciados al vehículo A:</b> |
|                                           |
|                                           |

|                          |
|--------------------------|
| <b>14 Observaciones:</b> |
|                          |
|                          |

## 12. CIRCUNSTANCIAS

|                             |                                                                                                        |                             |
|-----------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------|
| <b>A</b>                    | <b>Poner un aspa (x) en cada casilla que proceda para precisar el croquis</b>                          | <b>B</b>                    |
|                             | <i>* tachar las circunstancias no válidas</i>                                                          |                             |
| <input type="checkbox"/> 1  | * Estaba estacionado/parado                                                                            | <input type="checkbox"/> 1  |
| <input type="checkbox"/> 2  | * Salía de un estacionamiento/abriendo puerta                                                          | <input type="checkbox"/> 2  |
| <input type="checkbox"/> 3  | Iba a estacionar                                                                                       | <input type="checkbox"/> 3  |
| <input type="checkbox"/> 4  | Salía de un aparcamiento, de un lugar privado, de un camino de tierra                                  | <input type="checkbox"/> 4  |
| <input type="checkbox"/> 5  | Entraba a un aparcamiento, a un lugar privado, a un camino de tierra                                   | <input type="checkbox"/> 5  |
| <input type="checkbox"/> 6  | Entraba a una plaza de sentido giratorio                                                               | <input type="checkbox"/> 6  |
| <input type="checkbox"/> 7  | Circulaba por una plaza de sentido giratorio                                                           | <input type="checkbox"/> 7  |
| <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"/> 8  |
| <input type="checkbox"/> 9  | Circulaba en el mismo sentido y en carril diferente                                                    | <input type="checkbox"/> 9  |
| <input type="checkbox"/> 10 | Cambiaba de carril                                                                                     | <input type="checkbox"/> 10 |
| <input type="checkbox"/> 11 | Adelantaba                                                                                             | <input type="checkbox"/> 11 |
| <input type="checkbox"/> 12 | Giraba a la derecha                                                                                    | <input type="checkbox"/> 12 |
| <input type="checkbox"/> 13 | Giraba a la izquierda                                                                                  | <input type="checkbox"/> 13 |
| <input type="checkbox"/> 14 | Daba marcha atrás                                                                                      | <input type="checkbox"/> 14 |
| <input type="checkbox"/> 15 | Invasión la parte reservada a la circulación en sentido inverso                                        | <input type="checkbox"/> 15 |
| <input type="checkbox"/> 16 | Venía de la derecha (en un cruce)                                                                      | <input type="checkbox"/> 16 |
| <input type="checkbox"/> 17 | No respetó la señal de preferencia o semáforo en rojo                                                  | <input type="checkbox"/> 17 |
| <input type="checkbox"/> ←  | indicar número de casillas marcadas                                                                    | → <input type="checkbox"/>  |

**La firma de ambos conductores es obligatoria**  
No implica reconocimiento de responsabilidad, pero una correcta consignación de todos los datos facilita la tramitación

|                                                                |           |
|----------------------------------------------------------------|-----------|
| <b>13 Croquis del Accidente (en el momento de la colisión)</b> | <b>13</b> |
|----------------------------------------------------------------|-----------|

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)

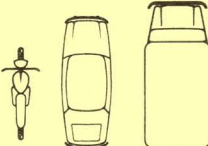
## Vehículo B

|                                             |
|---------------------------------------------|
| <b>6 Asegurado</b> (véase póliza de seguro) |
| NOMBRE:                                     |
| Apellidos:                                  |
| Dirección:                                  |
| Código Postal: País:                        |
| Tel. o E-mail:                              |

|                         |                        |
|-------------------------|------------------------|
| <b>7 Vehículo</b>       |                        |
| <b>VEHÍCULO A MOTOR</b> | <b>REMOLQUE</b>        |
| Marca, modelo           |                        |
| Matrícula (o bastidor)  | Matrícula (o bastidor) |
| País de matrícula       | País de matrícula      |

|                                                         |
|---------------------------------------------------------|
| <b>8 Aseguradora</b> (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 <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> |

|                                              |
|----------------------------------------------|
| <b>9 Conductor</b> (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:                        |

|                                                                                       |
|---------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>10 Indicar el punto de choque inicial con una flecha</b> →                         |
|  |

|                                           |
|-------------------------------------------|
| <b>11 Daños apreciados al vehículo B:</b> |
|                                           |
|                                           |

|                          |
|--------------------------|
| <b>14 Observaciones:</b> |
|                          |
|                          |

|           |                                 |           |
|-----------|---------------------------------|-----------|
| <b>15</b> | <b>Firma de los conductores</b> | <b>15</b> |
|-----------|---------------------------------|-----------|

**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. 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

ES EL CONDUCTOR 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

VEHÍCULO 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

PROFESIÓN Y SEXO

PROFESIÓN

SEXO

PARENTESCO CON EL CONDUCTOR

PARENTESCO CON EL ASEGURADO

ASALARIADO DEL ASEGURADO

SI

NO

CONDICIÓN DE LA VÍCTIMA

CONDUCTOR DEL VEHÍCULO

OCUPANTE DEL VEHÍCULO

A

B

C

D

A

B

C

D

DESCRIPCIÓN DE LAS LESIONES

CENTRO ASISTENCIAL

En

a

de

FIRMA DEL ASEGURADO

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

25. OBSERVACIONES