

DECLARACIÓN AMISTOSA DE ACCIDENTE

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

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

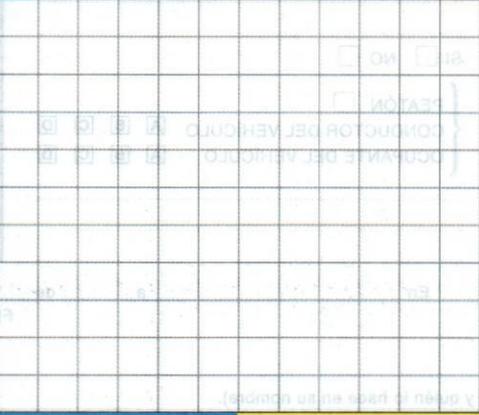
↓ Poner un aspa(x) en cada casilla que proceda para precisar el croquis ↓

**tachar las circunstancias no válidas*

A	↓		B	↓
<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		Invadía 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

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 carretera)



15 Firma de los conductores **15**

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:

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, entre 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.