

DECLARACIÓN AMISTOSA DE ACCIDENTE

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

4 Daños materiales 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"/>	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

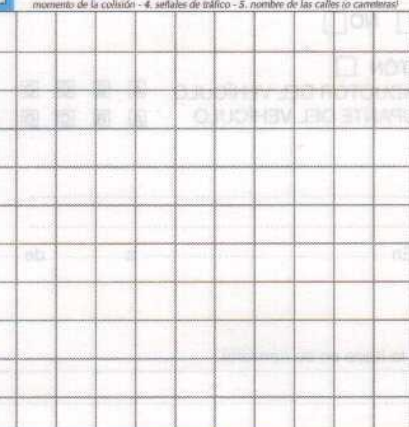
↓ Poner un aspa (x) en cada casilla que proceda para precisar el croquis ↓

* 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



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, podrán ejercitar los derechos de acceso, rectificación y cancelación.