

DECLARACIÓN AMISTOSA DE ACCIDENTE

No implica reconocimiento de responsabilidad, pero una correcta consignación de todos los datos facilita la tramitación.

La firma de AMBOS conductores es obligatoria

1. Fecha Hora del accidente

2. Lugar (Estado, provincia, población, calle o carretera, etc.)

3. Víctima(s) incluso leve(s)

No Si *

4. Daños materiales distintos a los de vehículos A y B
No Si *

5. Testigos Nombre, dirección y teléfono (precisar cuando se trata de ocupantes si son del A o del B)

VEHÍCULO A

6. Asegurado (véase póliza de Seguro)

Nombre Apellidos Dirección

Localidad C.P. Teléfono

¿El asegurado puede recuperar el IVA referente al vehículo? Si No

7. Vehículo

Marca, Modelo Matrícula

8. Aseguradora

Nº Póliza Agencia

Para los extranjeros
Nº Carta verde Validez carta verde

¿Los daños propios del vehículo están asegurados? Si No

9. Conductor (ver permiso conducir)

Nombre Apellidos Dirección Permiso conducir nº

Categoría A Expedido en el Permiso válido hasta

12. Circunstancias

Active cada casilla que proceda para precisar el croquis.

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

Indicar nº de casillas marcadas

VEHÍCULO B

6. Asegurado (véase póliza de Seguro)

Nombre Apellidos Dirección

Localidad C.P. Teléfono

¿El asegurado puede recuperar el IVA referente al vehículo? Si No

7. Vehículo

Marca, Modelo Matrícula

8. Aseguradora

Nº Póliza Agencia

Para los extranjeros
Nº Carta verde Validez carta verde

¿Los daños propios del vehículo están asegurados? Si No

9. Conductor (ver permiso conducir)

Nombre Apellidos Dirección Permiso conducir nº

Categoría A Expedido en el Permiso válido hasta

10. Indicar con una flecha el punto de choque inicial. →



11. Daños apreciados

14. Observaciones

13. Croquis del accidente

Precisar: 1. situación, 2. dirección (flechas) de los vehículos A y B, 3. Su posición en el momento de la colisión, 4. Señales de tráfico, 5. Nombre de las calles o carreteras.



15. Firma de los dos conductores

10. Indicar con una flecha el punto de choque inicial. →



11. Daños apreciados

14. Observaciones

* En caso de heridos o daños materiales distintos que los de los vehículos A y B, recoger los datos identificadores, dirección, etc.

No modificar estas diligencias después de firmadas y separados los ejemplares de los dos conductores.

Declaración:

A cumplimentar por el asegurado. Presentar a la Entidad Aseguradora dentro de los 7 días siguientes a la ocurrencia del accidente.

¿Tiene póliza de ocupantes? Sí No

16. Nombre del Asegurado

17. DESCRIPCIÓN DEL ACCIDENTE

21. DATOS DEL CONDUCTOR DEL VEHÍCULO ASEGURADO:

NOMBRE
 APELLIDOS
 EDAD SEXO ESTADO CIVIL
 PROFESIÓN TFNO
 ANTIGÜEDAD DE CARNÉ: 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

22. PERITACIÓN:

VEHÍCULO ASEGURADO: Color Taller en que será reparado
 VEHÍCULO CONTRARIO: Color Taller en que será reparado
 OTROS DATOS:

23. OTROS VEHÍCULOS INTERVINIENTES (Además del A y B)

MARCA
 MODELO
 MATRICULA
 ASEGURADORA
 Nº DE POLIZA
 DAÑOS VISIBLES

VEHÍCULO C	VEHÍCULO D

24. DAÑOS A LAS COSAS Y ANIMALES

25. DAÑOS A LAS PERSONAS. VICTIMAS. (Si existen más de dos víctimas utilizar otra declaración)

NOMBRE
 APELLIDOS
 DIRECCIÓN
 EDAD Y ESTADO CIVIL
 PROFESIÓN Y SEXO
 PARENTESCO CON EL CONDUCTOR
 PARENTESCO CON EL ASEGURADO
 ASALARIADO DEL ASEGURADO
 CONDICION DE LA VICTIMA
 DESCRIPCIÓN DE LAS LESIONES
 CENTRO ASISTENCIAL

EDAD	ESTADO CIVIL	EDAD	ESTADO CIVIL
PROF.	SEXO	PROF.	SEXO
SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	PEATON <input type="checkbox"/>	
	A B C D		A B C D
CONDUCTOR DEL VEHÍCULO	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	CONDUCTOR DEL VEHÍCULO	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
OCUPANTE DEL VEHÍCULO	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	OCUPANTE DEL VEHÍCULO	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

En a

FIRMA DEL ASEGURADO

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