

DECLARACIÓN DE ACCIDENTE



- 1. FECHA** del accidente **HORA** **2. LUGAR** (País, calle, población, provincia, etc.) **3. VICTIMA(S)** incluso leve(s)
 No ☐ Si ☐
4. DAÑOS MATERIALES EN vehículos u objetos distintos de A y B
 No ☐ Si ☐
5. TESTIGOS nombre, dirección y teléfono de contacto.

Vehículo A

6. ASEGURADO (véase póliza de Seguro)

NOMBRE
 APELLIDOS
 DIRECCION
 C.P. PAIS
 TEL. o E-MAIL

7. VEHICULO

MARCA / MODELO / VERSION
 MATRICULA (o bastidor)

8. ASEGURADORA (véase póliza de Seguro)

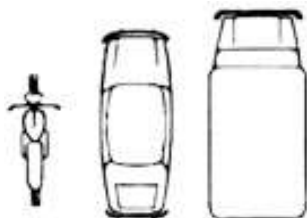
NOMBRE
 NUMERO DE POLIZA
 NUMERO DE CARTA VERDE
 VALIDEZ desde hasta
 AGENCIA (Oficina o Corredor)
 DIRECCIÓN

¿Los daños propios del vehículo
 están asegurados? Si ☐ No ☐

9. CONDUCTOR (ver permiso conducir)

NOMBRE
 APELLIDOS
 FECHA NACIMIENTO
 DIRECCION
 NUMERO PERMISO CONDUCIR
 CATEGORÍA (A, B, ...)
 PERMISO VALIDO HASTA

10. INDICAR EL PUNTO DE CHOQUE INICIAL CON UNA FLECHA → (solo para la versión impresa)



11. DAÑOS VEHÍCULO A:

.....

14. OBSERVACIONES

.....

12. CIRCUSTANCIAS

Marcar en cada casilla que proceda.

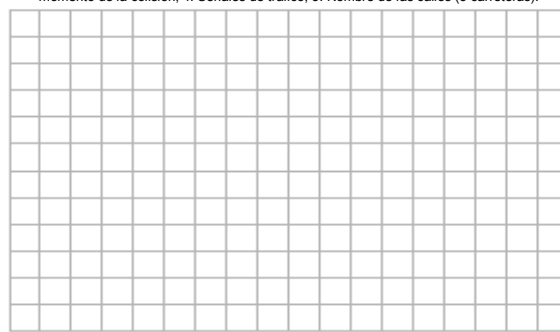
- | | | | | |
|--------------------------|----|--|--------------------------|----|
| ☐ | 1 | ESTABA ESTACIONADO / PARADO | ☐ | 1 |
| ☐ | 2 | SALIA DE UN ESTACIONAMIENTO | ☐ | 2 |
| ☐ | 3 | IBA A ESTACIONAR | ☐ | 3 |
| ☐ | 4 | SALIA DE UN APARCAMIENTO, DE UN LUGAR PRIVADO, DE UN CAMINO DE TIERRA | ☐ | 4 |
| ☐ | 5 | ENTRABA A UN APARCAMIENTO, A UN LUGAR PRIVADO, A UN CAMINO DE TIERRA | ☐ | 5 |
| ☐ | 6 | ENTRABA A UNA PLAZA DE SENTIDO GIRATORIO | ☐ | 6 |
| ☐ | 7 | CIRCULABA POR UNA PLAZA DE SENTIDO GIRATORIO | ☐ | 7 |
| ☐ | 8 | COLISIONO EN LA PARTE DE ATRÁS AL OTRO VEHÍCULO QUE CIRCULABA EN EL MISMO SENTIDO Y EN EL MISMO CARRIL | ☐ | 8 |
| ☐ | 9 | CIRCULABA EN EL MISMO SENTIDO Y EN CARRIL DIFERENTE | ☐ | 9 |
| ☐ | 10 | CAMBIABA DE CARRIL | ☐ | 10 |
| ☐ | 11 | ADELANTABA | ☐ | 11 |
| ☐ | 12 | GIRABA A LA DERECHA | ☐ | 12 |
| ☐ | 13 | GIRABA A LA IZQUIERDA | ☐ | 13 |
| ☐ | 14 | DABA MARCHA ATRÁS | ☐ | 14 |
| ☐ | 15 | INVADIA LA PARTE RESERVADA A LA CIRCULACIÓN EN SENTIDO INVERSO | ☐ | 15 |
| ☐ | 16 | VENIA DE LA DERECHA (EN UN CRUCE) | ☐ | 16 |
| ☐ | 17 | NO RESPETO LA SEÑAL DE PREFERENCIA O SEMÁFORO EN ROJO | ☐ | 17 |

INDICAR NUMERO TOTAL DE CASILLAS MARCADAS

13. CROQUIS DEL ACCIDENTE 13.

(solo para la versión impresa)

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).



A

B

15. FIRMA DE LOS CONDUCTORES 15.

(solo para la versión impresa)

Vehículo B

6. ASEGURADO (véase póliza de Seguro)

NOMBRE
 APELLIDOS
 DIRECCION
 C.P. PAIS
 TEL. o E-MAIL

7. VEHICULO

MARCA / MODELO / VERSION
 MATRICULA (o bastidor)

8. ASEGURADORA (véase póliza de Seguro)

NOMBRE
 NUMERO DE POLIZA
 NUMERO DE CARTA VERDE
 VALIDEZ desde hasta
 AGENCIA (Oficina o Corredor)
 DIRECCIÓN

¿Los daños propios de vehículo están
 asegurados? Si ☐ No ☐

9. CONDUCTOR (ver permiso conducir)

NOMBRE
 APELLIDOS
 FECHA NACIMIENTO
 DIRECCION
 NUMERO PERMISO CONDUCIR
 CATEGORÍA (A, B, ...)
 PERMISO VALIDO HASTA

10. INDICAR EL PUNTO DE CHOQUE INICIAL CON UNA FLECHA → (solo para la versión impresa)



11. DAÑOS VEHÍCULO B:

.....

14. OBSERVACIONES

.....

DECLARACION:

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

16. NOMBRE DEL ASEGURADO ¿TIENE PÓLIZA DE OCUPANTES? Sí ☐ No ☐

17. DESCRIPCIÓN DEL ACCIDENTE
.....
.....

18. INTERVENCIÓN DE AUTORIDADES Sí ☐ 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
TEL. PROFESIÓN
ANTIGÜEDAD DE 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:
COLOR VEHÍCULO ASEGURADO TALLER EN QUE SERA REPARADO
COLOR VEHÍCULO CONTRARIO TALLER EN QUE SERA REPARADO
OTROS DATOS:

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

	VEHÍCULO C	VEHÍCULO D
NOMBRE		
APELLIDOS		
MARCA		
MODELO		
MATRICULA		
ASEGURADORA		
NUMERO DE POLIZA		
DAÑOS VISIBLES		

23. DANOS A LAS COSAS Y ANIMALES:

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

NOMBRE		
APELLIDOS		
DIRECCIÓN		
EDAD Y ESTADO CIVIL	EDAD ESTADO CIVIL	EDAD ESTADO CIVIL
PROFESIÓN Y SEXO	PROFESION SEXO	PROFESION SEXO
PARENTESCO CON EL CONDUCTOR		
PARENTESCO CON EL ASEGURADO		
ASALARIADO DEL ASEGURADO	SI ☐ NO ☐	SI ☐ NO ☐
CONDICION DE LA VICTIMA	PEATON ☐ A B C D CONDUCTOR DEL VEHÍCULO ☐ ☐ ☐ ☐ OCUPANTE DEL VEHÍCULO ☐ ☐ ☐ ☐	PEATON ☐ A B C D CONDUCTOR DEL VEHÍCULO ☐ ☐ ☐ ☐ OCUPANTE DEL VEHÍCULO ☐ ☐ ☐ ☐
DESCRIPCIÓN DE LAS LESIONES		
CENTRO ASISTENCIAL		

En a de de

25. OSBSERVACIONES
.....
.....

FIRMA DEL ASEGURADO
(solo para la versión impresa)